实用西医查房·中医会诊丛书
SHIYONG XIYI CHAFANG ZHONGYI HUIZHEN CONGSHU

实用口腔颌面外科

查房·会诊

主编
丁桂聪 刘学

西医查房
再现临床查房全貌

中医会诊
辨证施治取长补短

中西合璧
实现最佳诊疗效果

化学工业出版社
医学出版分社

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

微信公众号

口 腔 视 频

微信搜索qzkqsp1即可关注

福利1

关注后可观看正畸、修复、种植等精彩内容

福利2

关注后领取口腔解剖病理学视频讲座全集

福利3

加入视频分享交流群，解答疑难病例，获取更多视频资源

扫二维码，关注公众号
领取更多口腔资料

实用西医查房·中医会诊丛书

实用内科查房·会诊
实用外科查房·会诊
实用妇产科查房·会诊
实用儿科查房·会诊
实用皮肤科查房·会诊
实用口腔颌面外科查房·会诊

ISBN 978-7-122-00975-3

9 787122 009753 >

定价：28.00元
销售分类建议：临床医学/口腔

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

实用西医查房·中医会诊丛书
SHIYONG XIYI CHAFANG ZHONGYI HUIZHEN CONGSHU

实用口腔颌面外科

查房·会诊

主　编
丁桂聪　刘　学

化学工业出版社
医学出版分社
·北　京·

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

本书紧紧围绕口腔颌面外科常见疾病查房的主要内容，包括颌面部炎症、外伤、肿瘤、涎腺、关节及颌面部畸形等，从诊断、鉴别诊断、病情分析思路、治疗方案的拟定等方面进行详细描述，书中结合了中医会诊内容，是本书的一个特色。为方便读者应用，书末增加了附录内容。

本书内容丰富、条理性实用性强，对初入口腔颌面外科临床医生有实用指导价值，对有一定工作经验的医生也具有参考价值，也可作为口腔科学生的课外辅导书。

图书在版编目（CIP）数据

实用口腔颌面外科查房·会诊/丁桂聪，刘学主编．
北京：化学工业出版社，2007.9
（实用西医查房·中医会诊丛书）
ISBN 978-7-122-00975-3

Ⅰ．实…　Ⅱ．①丁…②刘…　Ⅲ．口腔颌面部疾病-口腔外科学-诊疗　Ⅳ．R782

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2007）第 124749 号

责任编辑：赵玉欣　　文字编辑：韩　墨
责任校对：宋　夏　　装帧设计：郑小红

出版发行：化学工业出版社·医学出版分社（北京市东城区青年湖南街 13 号　邮政编码 100011）
印　　装：北京市彩桥印刷有限责任公司
850mm×1168mm　1/32　印张 9　字数 351 千字
2007 年 9 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询：010-64518888（传真：010-64519686）　售后服务：010-64518899
网　　址：http://www.cip.com.cn
凡购买本书，如有缺损质量问题，本社销售中心负责调换。

定　　价：28.00 元
版权所有　违者必究

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

《实用西医查房·中医会诊》
丛书编委会

学术顾问 江捍平　廖利平　李成荣

主　　任 万力生　刘　磊

编　　委（按姓氏笔画排序）

丁桂聪　万力生　马祖祥　王　合　王百林
王社临　王霞灵　史　伟　刘　华　刘　学
刘　磊　孙武坚　李　萍　李久宏　李德发
杨卫疆　杨仁轩　吴元胜　邱冰峰　何　芳
范红霞　周伟东　赵先明　徐　玲　徐传毅
程　红

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

《实用口腔颌面外科查房·会诊》
编写人员名单

主　编　丁桂聪　刘　学

副主编　周伟东　徐　玲

编　者（按姓氏笔画排序）

丁桂聪　万力生　王　骥　刘　学　刘　磊

李海洋　束　煌　周伟东　赵晋龙　徐　玲

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

序　一

临床查房是医疗、教学的统一。在临床实践中发现问题，找出症结，集思广益，博采众长，使大家认识趋于统一，集体出智慧，在对病案的讨论中得出解决方法，不断更新陈旧的思维观念。临床查房是培养年轻医师的有效途径，是一个传、帮、带的过程。主任医师查房是对被查各级医师工作责任心和业务水平的一次大阅兵。科主任、教授作为高年资医师，是学术带头人，他们对疾病的判断准确多于失误，为中低年资医师树立了学习的榜样。

在疾病的诊治过程中，邀请中医师会诊已成为当前西医医院中医科经常要面对的诊疗现象，但一直不被西医所重视。认为中医治疗效果太慢，疗效不可靠，仅把中医作为辅助性治疗手段，这些都是临床医学上的误区。事实上，虽然中医和西医的理论体系大不相同，但诊断上可以相互参考，治疗上可以相辅相成。2003 年在对抗 SARS 的战役中，中医的及时介入使得广东接受治疗的 SARS 患者的死亡率全球最低，仅为 4%。而且中医在全国的推广也使得疫情迅速得到了控制。由此可见中医会诊在重大疾病诊疗中的重要性。

提高临床医师查房质量，加强中医会诊，进而提高医疗水平，是医院发展和建设的头等大事。值此广东倡建中医药强省之际，愿广大的医务工作者摒弃中西医之间的隔阂，在临床疾病的诊治工作中，相互切磋，取长补短，以进一步提高临床疗效，为人类健康服务。《实用西医查房·中医会诊》丛书在临床新诊疗方法、新标准、新技术、新药物方面，力求规范、准确、标准，确实是一部既有较高学术价值，又能指导临床实践的常用医疗工具书。喜其为医学增辉，故欣然作序，推荐给广大的临床医务工作者。

江捍平

2007 年 7 月

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

序　二

临床查房是医师在病房工作中最基本、最重要的医疗活动，是各级医师进行医疗工作时必须遵循的基本医疗制度，是提高医疗质量、贯彻各级规章制度和规范的重要环节，也是培养年轻医师的有效途径。当前查房质量不高有“四因”，即临床医师工作责任心不强、知识面窄、专业水平低、上级医师把关不严。而提高三级医师查房质量有“三对策”。首先，注重临床医师全面素质的培养。当代医学泰斗张孝骞教授曾说：“医务工作者除要有过硬的业务技术外，更要有一颗全心全意为人民服务的心。”其次，坚持继续教育，不断提高医疗诊治水平。面对医学发展突飞猛进的今天，每一位临床医师都有继续教育的必要。第三，规范三级医师查房内容，明确各级医师的职责，同时加强管理力度，使三级医师查房制度化、规范化。

在疾病的诊疗过程中，西医查房与中医会诊是不应该相互排斥的，两者相辅相成，互为补充。中西药联用可协同作用，增强疗效，降低药物的毒副反应，减少药物剂量，缩短疗程等，所有这些优势无不证实了中西医结合的重要性。

西医和中医各有所长，西医查房、中医会诊防治疾病的经验已引起国内外医学界的高度重视。万力生、刘磊两位中青年专家组织编写了《实用西医查房·中医会诊》丛书，它架起了西医和中医之间沟通的桥梁。在此，祝愿此书的出版能让广大临床医师从中受益，对提高临床医师的诊疗水平作出应有的贡献，故乐为之序。

廖利平

2007 年 7 月

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

前　　言

口腔颌面外科学是口腔医学的重要学科，是口腔医学教育的重要组成部分。近年来，随着对各种疾病发病机制的认识日新月异，各种疾病的治疗方法也层出不穷。面对如此丰富的知识，要全面掌握各种疾病的诊治特点，给高年资医生带来了不小的压力，对低年资的口腔颌面外科医生来说就更加困难。因此，针对如此纷繁的知识，一本能简洁明了、提纲挈领、培养医学逻辑思维的专业书籍就成为必要了。中医作为我国的医学瑰宝，在目前现代医学所不能完全解决的疾病方面往往有独特的疗效，越来越受到临床医生们的重视。但目前在口腔颌面外科继续教育书籍中将西医与中医结合在一起的书籍尚缺乏。本书正是基于这样的实际需要，本着内容丰富、资料新颖、深入浅出、简明实用的原则，采用图表形式编写而成的。

口腔颌面外科查房是针对住院病人采集疾病信息、作出诊断、制定进一步检查措施及治疗方案的过程，是保证医疗质量的重要环节，也是培养临床医生最重要的过程。本书就是围绕口腔颌面外科查房具体过程来编写的。它具有以下几个特点：第一，编排上紧密结合临床，便于临床医生查阅；第二，内容上从疾病诊断、鉴别诊断、病情分析思路、治疗原则、疾病预后等进行编排，按照临床医疗的顺序，简洁明了，便于建立有效率的工作方式；第三，本书特意设置疾病的诊疗思路，并用流程图形式对每种疾病进行扼要的分析，目的是培养临床医生掌握疾病的逻辑思维能力；第四，本书将中医在本专业的治疗经验融合进来，便于在选择治疗方案时借鉴中医优秀成果，提高疗效。

由于本书的编者多在医、教、研第一线工作，任务繁重，加之近年来本学科进展极快和本书编写时间较短，尽管作者尽了较大努力，限于学识和经验有限，故本书缺点和错误在所难免，恳请广大读者不吝指正。

丁桂聪　刘学

2007 年 7 月

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

目　　录

第一章　口腔颌面外科常见症状的鉴别诊断 …… 1
第一节　张口受限 …… 1
第二节　溃疡 …… 2
第三节　肿胀 …… 2
第四节　疼痛 …… 3
第五节　瘘管 …… 4
第六节　麻木 …… 4
第七节　肿块 …… 5
第八节　颜面不对称 …… 6
第九节　出血 …… 6
第十节　麻痹 …… 7
第二章　口腔颌面部感染性疾病 …… 8
第一节　冠周炎 …… 8
第二节　干槽症 …… 11
第三节　面颈部淋巴结炎 …… 12
第四节　面部疖、痈 …… 15
第五节　颌面部特异性感染 …… 19
一、放线菌病 …… 19
二、口腔颌面部梅毒 …… 21
三、口腔颌面部艾滋病 …… 23
四、结核性淋巴结炎 …… 26
五、结核性颌骨骨髓炎 …… 28
第六节　口腔颌面部间隙感染 …… 30
一、眶下间隙感染 …… 30
二、颊间隙感染 …… 34
三、咬肌间隙感染 …… 35
四、翼颌间隙感染 …… 36
五、舌下间隙感染 …… 38
六、颌下间隙感染 …… 39
七、颞下间隙感染 …… 41
八、咽旁间隙感染 …… 43
九、口底间隙感染 …… 44
十、颏下间隙感染 …… 46

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第七节　颌骨骨髓炎 …… 48
一、中央性颌骨骨髓炎 …… 48
二、周围性颌骨骨髓炎 …… 51
三、放射性颌骨骨髓炎 …… 53
四、婴幼儿颌骨骨髓炎 …… 55
第三章　口腔颌面部创伤 …… 58
第一节　外伤的救治 …… 58
一、口腔颌面部外伤的救治原则 …… 58
二、口腔颌面部软组织外伤 …… 63
第二节　颌面部硬组织外伤 …… 65
一、牙外伤 …… 65
二、牙槽突骨折 …… 67
三、上颌骨骨折 …… 68
四、颧骨、颧弓骨折 …… 71
五、鼻骨骨折 …… 74
六、眶底骨折 …… 76
七、下颌骨骨折 …… 77
八、髁突骨折 …… 81
第三节　复杂性骨折 …… 83
第四节　口腔颌面部火器伤 …… 85
第五节　口腔颌面部异物 …… 89
第四章　口腔颌面部囊肿和良性肿瘤 …… 92
第一节　囊肿和囊肿样病变 …… 92
一、软组织囊肿 …… 92
二、骨组织囊肿 …… 101
第二节　良性肿瘤及瘤样病变 …… 110
一、软组织良性肿瘤及瘤样病变 …… 110
二、骨组织良性肿瘤 …… 124
第五章　口腔颌面部恶性肿瘤 …… 134
第一节　口腔癌 …… 134
一、唇癌 …… 134
二、舌癌 …… 139
三、腭癌 …… 146
四、牙龈癌 …… 150
五、颊黏膜癌 …… 152
六、口底癌 …… 155
七、口咽癌 …… 157

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

八、上颌窦癌 …… 161
九、中央性颌骨癌 …… 165
第二节　颜面部皮肤癌 …… 167
第三节　口腔颌面部肉瘤 …… 171
一、软组织肉瘤 …… 171
二、骨源性肉瘤 …… 175
第四节　淋巴瘤 …… 179
第五节　恶性黑色素瘤 …… 183
第六节　朗格汉斯细胞病 …… 188
第七节　口腔颌面部转移性肿瘤 …… 190
第六章　涎腺疾病 …… 193
第一节　涎石病 …… 193
第二节　涎腺炎 …… 195
一、流行性腮腺炎 …… 195
二、急性化脓性腮腺炎 …… 198
三、慢性复发性腮腺炎 …… 201
四、慢性阻塞性腮腺炎 …… 203
第三节　涎腺肿瘤和类肿瘤病变 …… 204
一、涎腺良性肿瘤 …… 204
二、涎腺恶性肿瘤 …… 206
三、涎腺囊肿 …… 210
第四节　干燥综合征 …… 211
第七章　神经疾病 …… 216
第一节　三叉神经痛 …… 216
第二节　面神经麻痹 …… 224
第八章　颞下颌关节疾病 …… 230
第一节　颞下颌关节紊乱 …… 230
第二节　颞下颌关节脱位 …… 234
第三节　颞下颌关节强直 …… 237
第九章　先天性唇腭裂 …… 239
第一节　唇裂 …… 239
第二节　腭裂 …… 244
第三节　牙槽突裂 …… 248
第四节　腭咽闭合不全 …… 251
第十章　牙颌面畸形 …… 254
第一节　颌骨发育过度畸形 …… 254
第二节　颌骨发育不足畸形 …… 260

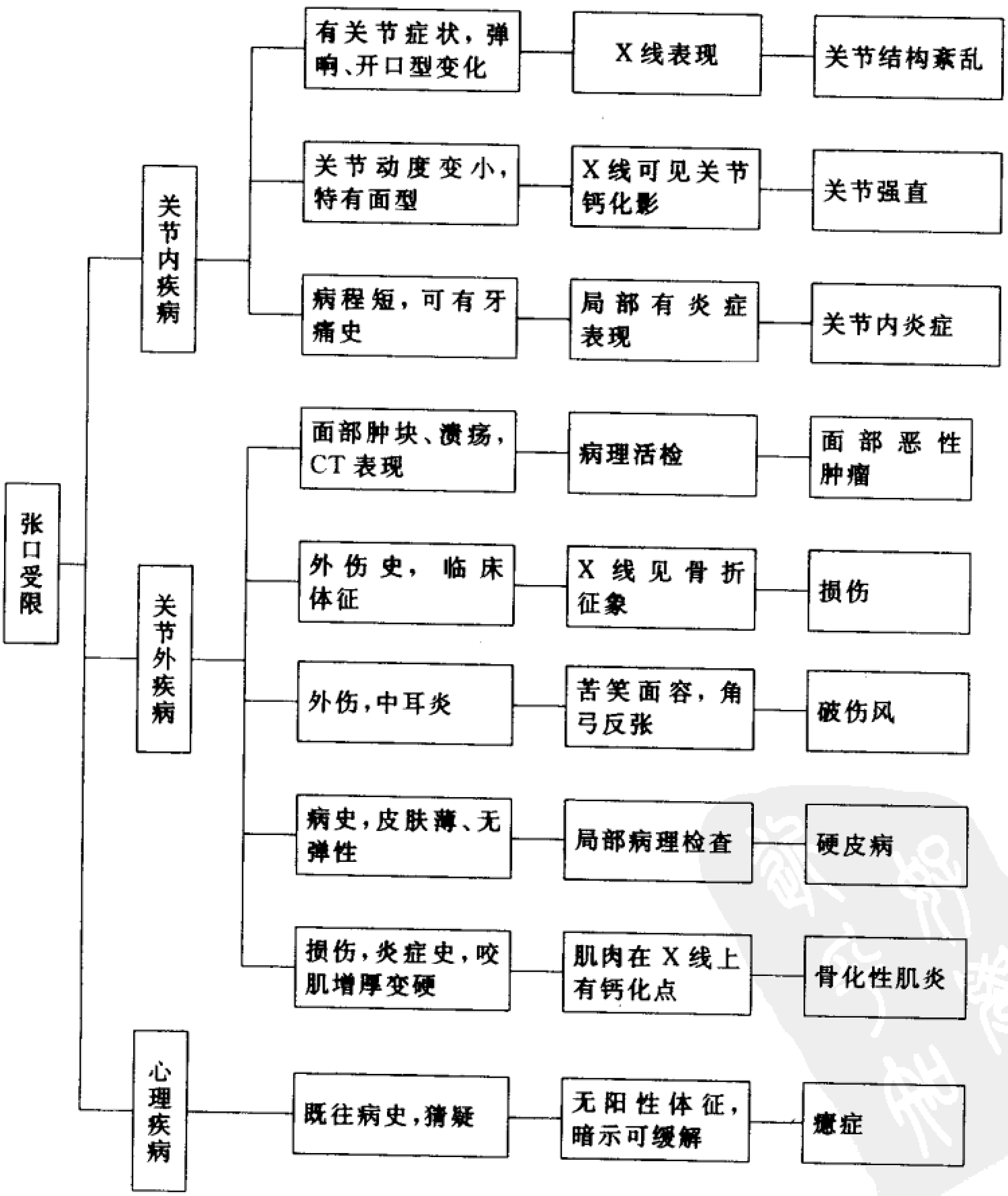
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第三节　不对称性牙颌面畸形 …………………………………… 262
第四节　长面综合征 ………………………………………………… 263
附录 ……………………………………………………………………… 265
一　处方用拉丁语缩写 …………………………………………… 265
二　常用英文缩略语 ……………………………………………… 266
三　常用中文简称 ………………………………………………… 269
参考文献 ………………………………………………………………… 270

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第一章　口腔颌面外科常见症状的鉴别诊断

第一节　张口受限



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第二节 溃疡

溃疡	感染因素	疱疹性口炎	感染病史，婴幼儿，成簇分布，体温变化
		结核性溃疡	结核史；潜掘状溃疡；肺结核病灶；病理检查
	创伤因素	创伤性溃疡	不定形溃疡；有刺激物；去除病原可愈合
		舌系带溃疡	乳牙萌出后；舌系带短；溃疡与创伤吻合
	肿瘤因素	癌性溃疡	病史；溃疡外翻，底部浸润；病理检查
	免疫因素	多形渗出性红斑	发病急；溃疡大、浅、出血倾向；疼痛剧烈
		粒细胞缺乏症	发病急；服药史；大片溃疡；白细胞下降
		复发性口疮	周期性、反复性，数量少，溃疡特点，疼痛
	其他因素	药疹性口疮	密切的服药史；溃疡或糜烂；伴皮肤病变

第三节 肿胀

肿胀	炎症因素	炎症肿胀	病程短，可有牙病或上呼吸道感染病史；炎症局部表现；白细胞升高，核左移等
	外伤因素	损伤肿胀	有损伤病史；发生于受损部位；以肿胀为主，胀感，无热，无脓肿形成
	免疫因素	过敏或血管神经性水肿	发病急骤，病情迅速；局部肿胀有弹性，无压痛，可有痒感；血嗜酸性粒细胞增多
	肿瘤因素	淋巴管瘤	病史长，先天性；面部畸形，受累区质软，界限不清，可有颗粒感或致密感，口腔表面可见透明颗粒
		淋巴瘤	进行性发展，无边界，质地硬，可有局部浸润，不能活动，可伴有疼痛；可有特殊皮肤外观
	其他因素	橡皮肿	病史长；进行性肿大，好发于上唇，可伴有痒感及色素沉着；无明确界限
		淋巴回流障碍	有手术史；累及手术侧面部；质地软，皮肤色泽正常，时大时小，体位可有影响

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第四节　疼　痛

- 疼痛
  - 感染性疼痛
    - 牙源性疼痛：牙源疾病存在；有相符的典型牙源疼痛症状；X线表现
    - 干槽症：密切的拔牙史；典型放射疼痛；牙槽窝空虚，骨壁外露，可有腐败味
    - 鼻窦炎：相关病史；特定部位疼痛；头低位疼痛；疼痛的时间性；X线表现
    - 带状疱疹：发病急，有前驱热；好发三叉神经分布区；可见成簇状水泡
  - 神经性疼痛
    - 三叉神经痛：发病急，无牙痛史；有扳机点；特定部位；阵发性，间隙期无痛；可神经干封闭止痛
    - 蝶腭神经痛：发病急，无牙痛史；疼痛定位于腭、鼻腔、上颌窦；鼻腔表面麻醉可止痛
    - 舌咽神经痛：发病急，无牙痛史；疼痛定位于舌根软腭；扁桃体附近表面麻醉可止痛
  - 肌肉关节性疼痛
    - 颞下颌关节紊乱：病史长；钝痛；特定部位压痛；病史中有关节弹响；张开度变化；开口型改变；X线表现
    - 肌筋膜疼痛综合征：病史长；关节周围疼痛，放射痛；有扳机点；封闭扳机点疼痛消失
    - 颈椎综合征：病史长；颈椎弹响；颈肌僵硬；颈椎X线表现
  - 癌性疼痛
    - 颌面部恶性肿瘤：病史长，进行性加重；可伴有麻木；可查到原发病灶；CT、MRI表现
  - 其他疼痛
    - 舌灼痛：女性多发，与月经有关；主诉舌根边缘痛；伴失眠
    - 口腔溃疡：病史短；影响吞咽，口水多；口腔内可见溃疡

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第五节　瘘　　管

- 瘘管
  - 发育性瘘管
    - 甲状舌管瘘：病史长，幼年发病；位于舌骨上下的中线；分泌物黏稠；造影检查
    - 鳃裂瘘：病史长，幼年发病；第一、二、三鳃裂瘘各位于特定部位；造影检查
    - 唇瘘：病史长，幼年发病；位于下唇中线两侧；多伴有唇腭裂畸形
  - 炎症性瘘管
    - 牙源性瘘管：牙痛病史，如根尖炎、冠周炎；有病灶牙；X 线征象
    - 骨髓炎：可有牙痛病史；慢性颌骨骨髓炎表现；X 线征象
    - 特异性感染：病史长；好发于特定部位；结核杆菌与放线菌独特表现；X 线或脓液涂片检查
  - 涎腺瘘管：多有手术、外伤或炎症病史；多发腮腺部位；分泌物与进食相关
  - 乳糜瘘：多有颈部手术史，特别颈淋巴结清扫术；出现于术后；分泌物有特异性状

第六节　麻　　木

- 麻木
  - 外伤性麻木：手术或外伤史；受损神经干支配区出现麻木；受损区痛觉迟钝
  - 感染性麻木：炎症病史；下颌骨髓炎临床表现；麻木出现在下唇；X 线提示骨质破坏
  - 恶性肿瘤麻木：病史长；肿瘤侵犯神经，神经支配区麻木；可伴开口障碍；CT 等影像检查

PDG

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第七节　肿　　块

- 肿块
  - 炎症性
    - 慢性炎症：急性炎症转慢性病史；肿块硬且与周围组织粘连；多有明确病因；影像检查
    - 淋巴结炎：炎症病史；面颈部多个淋巴结肿大；可有压痛；结核性淋巴结炎可有一串；红细胞沉降率或结核菌素试验；影像检查
  - 肿瘤性
    - 良性肿瘤：病史长；肿块边界清楚，可移动，呈实性或囊性；影像检查一般有明确的周界
    - 恶性肿瘤：病史短，进展快；浸润生长，与周围粘连，周界不清，难移动；可伴淋巴结肿大；影像检查
    - 淋巴瘤：病史短，进展快；颈部多见，可伴有全身淋巴结肿大，肝脾肿大；影像检查；淋巴结活检可确诊
    - 恶性肿瘤转移：可有鼻咽等部位恶性肿瘤病灶；颈部引流区多个淋巴结肿大，不活动、质硬；消瘦等恶病质表现
  - 组织增生
    - 咬肌肥大：肿块局限于咬肌区，咬紧时变硬，放松时变软；无症状；B超检查显示咬肌肥大
    - 涎腺肥大：病史长；多为双侧发病；局部肿大，但无肿块，质地似腮腺组织；腮腺造影导管扩张；病理检查
    - 淋巴上皮病：病史长；可有口干眼干；单侧或双侧发病，受累腺体整体肿大；唇腺活检确诊
  - 其他
    - 嗜伊红淋巴肉芽肿：皮肤瘙痒，时大时小；好发腮腺，组织增厚，可触及多个结节；嗜酸性粒细胞增多
    - 川崎病：好发儿童；持续高热，抗炎治疗无效；颈部淋巴结肿大；口腔糜烂，皮下出血
    - 艾滋病：病史；持续低热，消瘦；全身淋巴结肿大；出现口腔表征；血液检查 HIV 阳性
    - 朗格汉斯细胞病：多发于儿童及年轻人；进展有快有慢，可有低热、贫血；血液检查

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第八节　颜面不对称

- 颜面不对称
  - 偏侧颜面肥大：病程长；半侧面部肥大，可伴同侧肢体肥大；X线示半侧颌骨肥大
  - 偏侧颜面萎缩：病程长，进行性发展；半侧皮肤、皮下组织及肌肉萎缩，甚至骨萎缩；X线表现
  - 第一、二鳃弓综合征：患侧发育不良，中线偏患侧；常伴副耳或面横裂；X线可显示髁突消失
  - 小下颌畸形：先天性畸形；下颌后缩，颏突缺如；患儿呼吸困难，常伴腭裂
  - 下颌前突：病程长，渐进发展；下颌前突，颏部突出；前牙反
    ；X线表现
  - 上颌发育不全：幼年发病，逐渐加重；面中1/3后缩，下颌相对前突；严重反；X线征象
  - 髁突肥大：病程长；可伴关节疼痛弹响；患侧面部增长，左右不对称，颏部偏健侧；X线征象

第九节　出　　血

- 出血
  - 损伤性：外伤史；出血处在损伤发生的部位
  - 炎症性：组织出血；组织存在炎症；可伴有炎症诱因
  - 肿瘤性：肿瘤存在；肿瘤表面出血；颌骨血管瘤口沿牙龈或拔牙窝出血；X线征象
  - 血液病
    - 血友病：出血病史；血块周围渗血；凝血功能障碍，凝血因子缺乏
    - 紫癜：服药病史；皮肤黏膜出现瘀点；血小板减少
    - 白血病：白血病史；牙龈出血或组织瘀斑；血液异常

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第十节　麻　　痹

麻痹

疾病	鉴别要点
面神经麻痹	发病急；患侧面部额纹消失，口角歪斜，偏健侧；鼻唇沟变浅
神经损伤	外伤或手术史；损伤神经支后出现相应运动障碍；损伤手术瘢痕
恶性肿瘤	病史长，渐加重；可查见肿瘤；受累神经出现功能障碍；B超或CT检查
三叉神经麻痹	病情渐重；颞肌及翼肌瘫痪；相应神经支配区感觉消失；开口下颌偏患侧
重症肌无力	面肌瘫痪，咀嚼无力；可伴全身其他部位肌无力；注射新斯的明症状缓解
原发性肌营养不良	家族史；开始面肌无力，眼不能闭合；以后发展到两臂不能上举，肌萎缩
脑血管意外	病史；发病急，表现面肌瘫痪，同侧额肌运动正常；可伴半身瘫痪；影像检查可见脑血管病变

（丁桂聪　赵晋龙）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第二章　口腔颌面部感染性疾病

第一节　冠　周　炎

一、概述

冠周炎是指牙齿在萌出过程中因阻生或部分萌出而造成的牙冠周围的炎症。多发于上下颌第3磨牙，因此常称为智齿冠周炎。智齿冠周炎的主要原因是由于人类进化的过程中，因食物精细程度越来越高，导致咀嚼器官的退化，而颌骨与牙齿的退化不同步，牙齿的退化要慢于颌骨，从而导致最后第3磨牙萌出时在颌骨上已没有足够的空间，牙齿只能部分萌出形成常见的阻生现象。阻生牙齿与表面牙龈之间形成盲袋，极易积存食物和细菌。在机体抵抗力降低时，就引发冠周牙龈急性炎症。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 临床表现

（1）症状　本病多发于18～25岁的青年人。多数起病急，多主诉后牙区牙龈肿胀、疼痛，在张口及进食时疼痛加重。炎症加重后局部出现跳痛，向颞部放散；吞咽疼痛，继而出现张口受限。后期可伴有全身症状，全身不适，有低热，乏力，小便黄，白细胞升高。

（2）体征　口腔检查时可见阻生智齿部分萌出，牙齿周围牙龈红肿，触痛明显。探查牙周袋内可有脓液溢出，严重时周围软组织肿胀，颊侧前庭沟肿胀，可有波动感。有的转为慢性后脓液穿破颊部皮肤形成瘘管。

2. 颌骨X线片

可了解到下颌阻生智齿的阻生情况。包括牙齿的倾斜情况、牙根及临牙情况（有无龋齿）。

3. 实验室检查

白细胞总数升高，粒细胞比例增高，红细胞沉降率加快。

（二）鉴别诊断

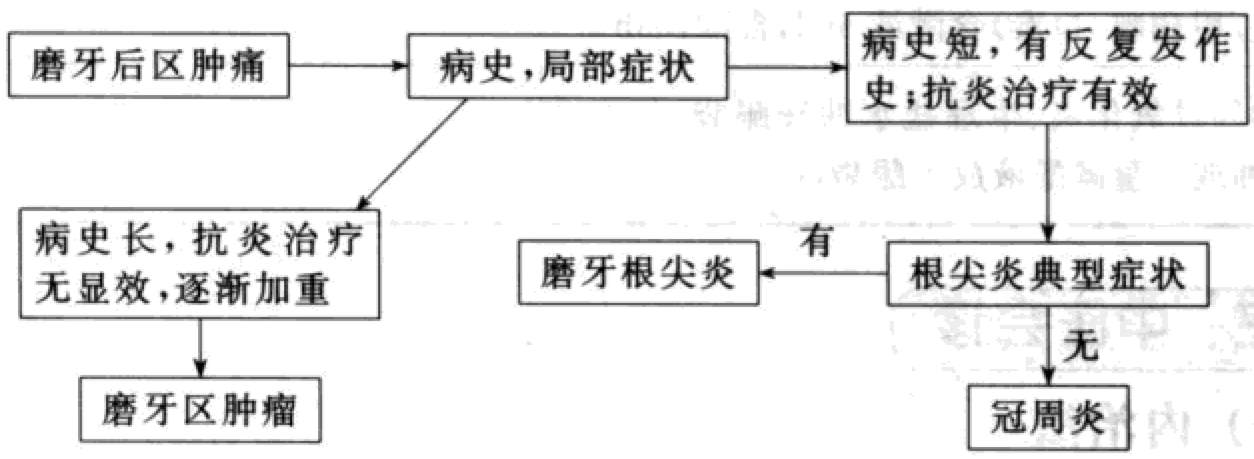
疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
磨牙后区肿胀	冠周炎	智齿部分萌出	智齿周围红肿，有脓性分泌物	X线片

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
磨牙后区肿胀	根尖炎	磨牙根尖炎症	磨牙有龋齿，叩痛明显，牙齿浮出感，可有松动	X线片示根尖改变
	恶性肿瘤	磨牙区肿瘤	局部溃疡、肿块；病程较长，抗炎治疗无显效	X线片示表面骨质吸收

（三）病情分析思路



（四）治疗方案

1. 治疗原则

急性期以局部治疗为主，辅以全身支持治疗；慢性期可行阻生齿拔除术或龈瓣切除术，防止感染再次发生。

2. 治疗措施

（1）局部冲洗　冠周炎急性期应及时冲洗智齿周围龈袋内的食物和分泌物，清洁盲袋。一般用3%的双氧水、0.25%的氯己定、生理盐水冲洗，拭干局部，袋内上碘甘油。根据病情需要，1～3次/天。如局部已形成脓肿，则需局麻下切开引流。

（2）全身治疗　感染的早期除局部处理外，可配合口服抗生素，以尽快控制炎症；如波及周围组织或全身症状较严重时，要经静脉途径给予足够剂量的抗生素，对于进食困难的，还应当注意全身支持治疗。

（3）对因治疗　局部炎症控制后，应针对病因进行治疗。由于阻生智齿正常萌出可能性较小，一般主张及时拔除，彻底消除冠周炎再发的可能；当然，如第3磨牙能够正常萌出，也可切除牙冠周围的牙龈。

3. 并发症处理

智齿冠周炎可向周围组织间隙扩散，引起相应间隙的感染，则需针对可能的间隙感染进行治疗。

（五）医嘱示范（以体重50kg为例）

长期医嘱	临时医嘱
口腔颌面外科护理常规	血常规
二级护理	尿常规

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱
半流质饮食	便常规
10%葡萄糖溶液 250ml 头孢唑啉 2g iv drip，bid	肝功能、肾功能
	脓液细菌培养＋药敏试验
甲硝唑注射液 100ml，iv drip，bid	头孢菌素皮试
氯己定/甲硝唑（口泰）含漱液 5ml，含漱，q3h	
1%～3%过氧化氢、生理盐水冲洗龈袋，每日 2 次，碘甘油或少量碘酚液放入龈袋内	

三、中医会诊

（一）内治法

1. 风热侵袭

［症状］ 后牙周围龈肉红肿疼痛，咀嚼时痛增，张口困难，全身可出现恶寒发热。舌边尖红，苔微黄，脉浮数。

［治则］ 疏风清热，消肿止痛。

［方药］ 选用薄荷连翘方加减。金银花 15g，连翘 15g，竹叶 12g，绿豆衣 12g，知母 12g，生地黄 15g，薄荷 6g（后下），牛蒡子 10g。

2. 火毒炽盛

［症状］ 后牙咬合处牙龈红肿高突，疼痛溢脓，后牙多呈异位或阻生；严重者腮颊也有红肿疼痛，吞咽困难，牙关开合不利，颌下区肿大疼痛。全身出现发热憎寒，头痛，口渴引饮，口气臭秽，大便秘结。舌红苔黄厚，脉洪数。

［治则］ 清胃泻火，凉血解毒，消肿排脓。

［方药］ 选用清胃散合仙方活命饮加减。生石膏 30g，黄连 10g，金银花 15g，赤芍 12g，当归尾 10g，天花粉 15g，白芷 10g，皂角刺 12g，陈皮 10g，乳香 6g，没药 6g，牡丹皮 10g。

（二）外治法

1. 外敷药

如意金黄散以茶水或醋调成糊状，外敷面部肿胀处，以达凉血解毒、清热消肿之效。

2. 含漱

用黄芩 10g，金银花 10g，白芷 10g，煎汤含漱。

3. 局部吹药

患处吹入冰硼散或六神丸（研末）以清肿止痛。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第二节　干　槽　症

一、概述

干槽症是拔牙术后常见的一种并发症。也称牙槽骨炎或纤维溶解性牙槽炎。对干槽症的病因目前尚不十分清楚，有如下学说。①创伤因素。认为创伤使牙槽骨壁受到挤压，骨内血管内血栓形成，牙槽窝内血块形成障碍而引起。②感染因素。拔牙窝内的血块受到需氧菌和厌氧菌的双重感染，导致血块腐败分解骨面暴露而引起牙槽窝感染。③纤维蛋白溶解因素。创伤和感染引起骨内某些因子释放，纤维蛋白酶原激活，血块溶解所致。④解剖因素。下颌骨致密、血运少，血块不易附着，导致骨面暴露形成骨髓炎。

二、查房内容

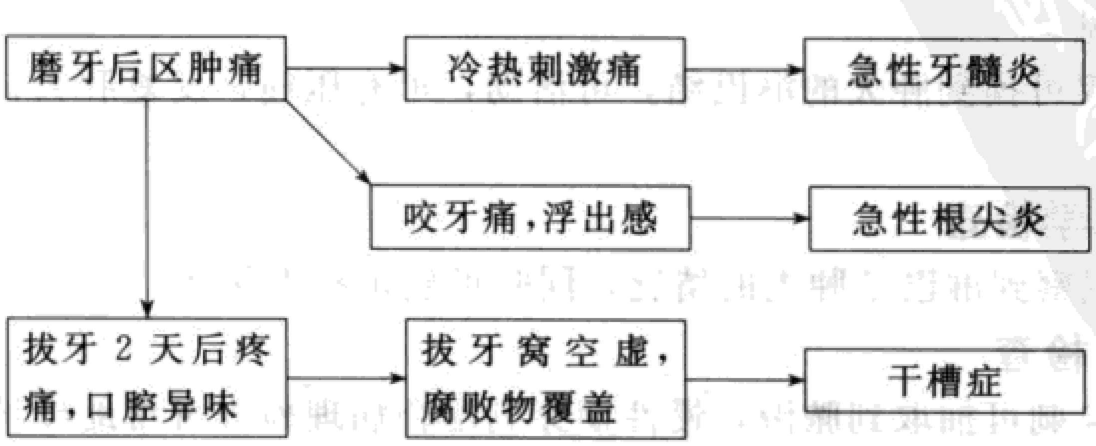
（一）诊断依据

①本病发生于拔牙后2～4天，拔牙创区发生持续剧烈的疼痛，向同侧面部、下前牙区发散。②检查时可见拔牙窝内空虚，有灰黄色的腐败物，伴有恶臭，牙槽骨暴露，触痛明显；创口附近牙龈稍红肿，局部淋巴结肿大。偶尔有全身症状。

（二）鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
磨牙后区疼痛	干槽症	智齿拔除术后	剧烈疼痛，拔牙窝空虚，有脓性分泌物；有腐败臭味	—
	急性根尖炎	磨牙根尖炎症	磨牙有龋齿，叩痛明显，牙齿浮出感，可有松动；口内无异味	X线片示根尖改变
	急性牙髓炎	牙髓急性炎症	放射状剧烈疼痛；冷热刺激疼痛，夜间加重；牙齿可见龋齿	X线片示牙齿有龋洞

（三）病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(四) 治疗方案

1. 治疗原则

拔牙窝彻底清创，隔离外界刺激，促进肉芽组织生长。

2. 治疗措施

局部麻醉下，用蘸有3%双氧水的小棉球反复擦拭拔牙窝骨壁，再用生理盐水清洁骨壁至创面干净为止。然后将碘仿纱条填入压实，必要时为防止沙条脱出，可缝合一针以固定，7～10天复诊取出即可。

(五) 医嘱示范

参见“冠周炎”章节内容。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第三节 面颈部淋巴结炎

一、概述

面颈部有丰富的淋巴组织，构成面部防御系统，直接参与抵御病原微生物及阻止肿瘤细胞扩散。面颈部淋巴结在防御过程中，吞噬微生物时会出现反应性肿大，当身体抵抗力降低，免疫系统功能低下时，即出现淋巴结的炎症。

二、查房内容

(一) 诊断依据

1. 临床表现

早期表现为淋巴结肿大，变硬，疼痛，但可以活动。未及时治疗则进入化脓期，表现为淋巴结形成浸润的炎性团快，皮肤红肿、压痛，淋巴结粘连不活动，最后局部形成脓肿。这时可表现为高热、全身无力、头痛等全身症状。其中以婴幼儿最为多见。

慢性期仅可摸到肿大的淋巴结，可活动，可有压痛，反复肿大，一般无全身症状。

2. 影像学检查

B超可观察到淋巴结肿大的情况，同时可确定有无化脓。

3. 穿刺检查

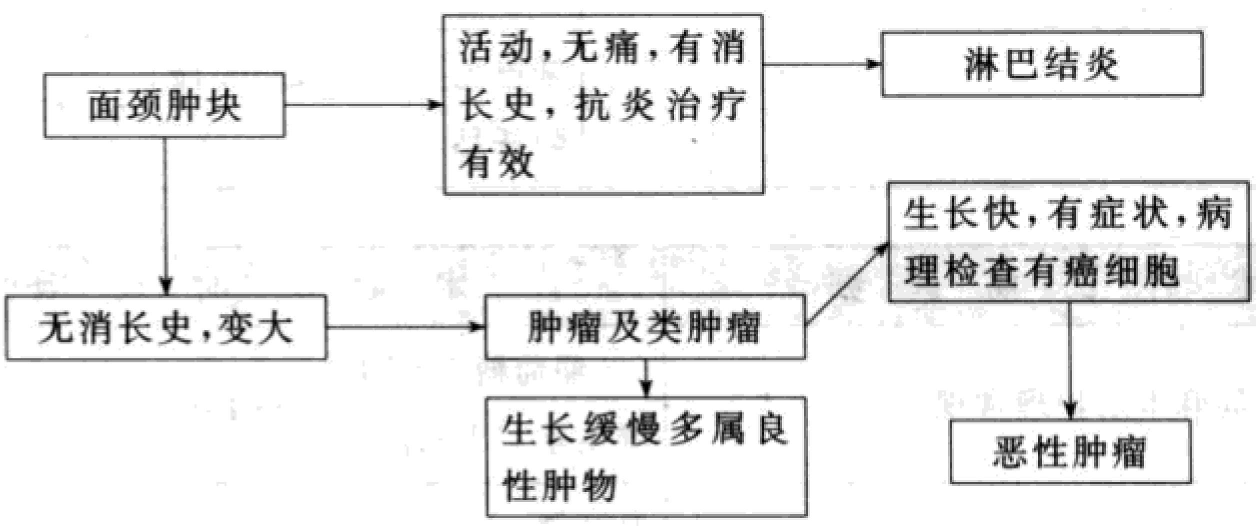
化脓期穿刺可抽取到脓液，慢性期穿刺配合病理检查可帮助确诊。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（二）鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
颈部淋巴结肿大	淋巴结炎	颌面部炎症	一个或多个小肿块，病史短，病因明确，抗炎治疗有效	B超检查，血象变化
	良性肿瘤	不明	病史较长，活动肿块，无痛，抗炎治疗无效，无消长史	B超或CT检查
	恶性肿瘤	细胞无限制增生	病史较短，生长迅速，伴有症状，局部无炎症表现，转移瘤有原发病灶	影像检查

（三）病情分析思路



（四）治疗方案

1. 治疗原则

针对病因进行治疗；慢性淋巴结炎可不予处理；急性淋巴结炎应以抗感染为主；形成脓肿的应切开引流。

2. 治疗措施

① 慢性淋巴结炎应去除怀疑的任何慢性病灶，局部淋巴结一般不予处理。

② 淋巴结炎急性期，应全身应用抗生素，局部可配合理疗或中药治疗。

③ 脓肿形成者，经B超或穿刺证实即应该进行切开引流，同时将脓液进行细菌培养和药敏试验，确定敏感抗生素。

④ 急性期应加强支持治疗。

（五）医嘱示范

术前长期医嘱	术前临时医嘱
口腔科护理常规	血常规、尿常规、便常规
三级护理	肝功能、肾功能
普通饮食	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

术前长期医嘱	术前临时医嘱
氯己定/甲硝唑(口泰)含漱液 5ml,含漱,q2h	凝血功能
5%葡萄糖氯化钠 500ml 青霉素 800 万单位　　iv drip,qd	青霉素皮试
	胸部正位 X 线片
甲硝唑注射液 100ml,iv drip,bid	心电图
	术前医嘱
	局麻下行右侧颌下脓肿切开引流术
	术区备皮
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g 阿托品 0.5mg　　im,术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科局麻术后护理常规	5%葡萄糖 500ml 维生素 C 1.0g　　iv drip,qd
二级护理	血常规
半流质饮食或普通饮食	脓液细菌培养＋药敏试验
术区换药,qd	
甲硝唑注射液 100ml,iv drip,bid	
青霉素 800 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　　iv drip,qd	

三、中医会诊

1. 风温化火

[症状] 病发于颈侧，色白漫肿，坚硬突起，疼痛，伴发热恶寒，咳嗽咽痛，口干尿赤，大便干结。舌红苔薄黄，脉浮数。

[治则] 疏风清热，散坚消肿。

[方药] 选用银翘散加减。金银花 12g，连翘 12g，桔梗 9g，荆芥 6g，牛蒡子 9g，淡竹叶 9g，甘草 6g，鲜芦根 30g，黄芩 9g，薄荷 3g（后下）。

[加减] 热甚者，加生石膏 18g（打碎）、生栀子 9g。便结者，加瓜蒌仁 9g

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（打碎）、枳实 6g。酿脓者，加炙穿山甲 6g、皂角刺 9g。

2. 风热痰火

［症状］　病发于颌下，痰核肿大，形如鸡卵，继则焮红疼痛。肿势扩大可延至对侧颏下或颌下。恶寒发热，咽痛咳嗽，头痛头昏，口干便秘尿赤。舌苔黄腻，脉浮滑数。

［治则］　疏风清热，化痰消肿。

［方药］　选用牛蒡解肌汤加减。牛蒡子 9g，浙贝母 9g，荆芥 9g，薄荷 3g（后下），桔梗 6g，杏仁 9g，赤芍 9g，炙僵蚕 9g，连翘 12g，莱菔子 9g。

［加减］　热甚者，加柴胡 10g、黄芩 9g。便秘者，重用牛蒡子 15g，加瓜蒌仁 9g（打碎）。酿脓者，加炙穿山甲 6g、皂角刺 9g。

3. 气郁化火

［症状］　病发于颈部一侧，来势较缓，初不甚觉，渐渐肿大，至鸡卵大小，肿胀疼痛，身伴寒热，口苦咽干。舌红，脉弦数。

［治则］　清肝泻火，散坚消肿。

［方药］　选用柴胡清肝汤加减。柴胡 9g，生地黄 15g，当归 9g，赤芍 9g，连翘 9g，牛蒡子 9g，黄芩 9g，栀子 9g，天花粉 12g，甘草 6g，防风 9g，石决明 15g，金银花 12g。

［加减］　酿脓者，加炙穿山甲 6g、皂角刺 9g。

4. 胃火壅盛

［症状］　颌下肿起，或波及颏下，4～5 日，皮肤焮红，肿胀疼痛，重者可连及腮颊，开口困难、口舌生疮，或齿龈肿痛。头痛发热，口干渴饮，口气臭秽，大便秘结。舌干苔黄，脉洪数。

［治则］　清胃泻火，散坚消肿。

［方药］　选用清胃散加减。生地黄 15g，牡丹皮 9g，黄连 6g，当归 6g，升麻 9g，生石膏 15g（打碎），灯心草 3g，黄芩 9g，紫花地丁 12g，板蓝根 30g，蒲公英 30g，浙贝母 9g。

［加减］　酿脓者，加炙穿山甲 9g、皂角刺 9g。便秘者，加大黄 9g。

第四节　面部疖、痈

一、概述

颌面部富有大量的毛囊、皮脂腺，是疖、痈的好发区域，其中又以上唇皮肤最为多见。疖是指单个毛囊及其皮肤附件发生的急性化脓性炎症；而痈则是相邻的多个毛囊及附件发生的急性化脓性炎症。其病因是由于机体抵抗力下降或局部有损伤时，毛囊内正常存在的细菌诱发了局部的炎症所致。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 临床表现

疖初期在毛囊处形成一圆形高于皮肤的小硬结，有红、肿、热、痛的炎症表现。形成脓肿时，硬结扩大，顶部出现黄白色的小脓头，周围为红色硬结区。患者感觉有烧灼感、跳痛。一般无全身症状。如脓头脱落破溃，症状迅速减轻。

痈在上唇多见，病情发展快，开始即数个毛囊受累，肿胀范围大，形成紫红色的炎性浸润块，伴剧烈的疼痛。化脓期可见多个脓头，破溃时流出脓血性分泌物，局部形成蜂窝状腔隙。病人多伴有明显的全身症状，出现头痛、发热、食欲不振。

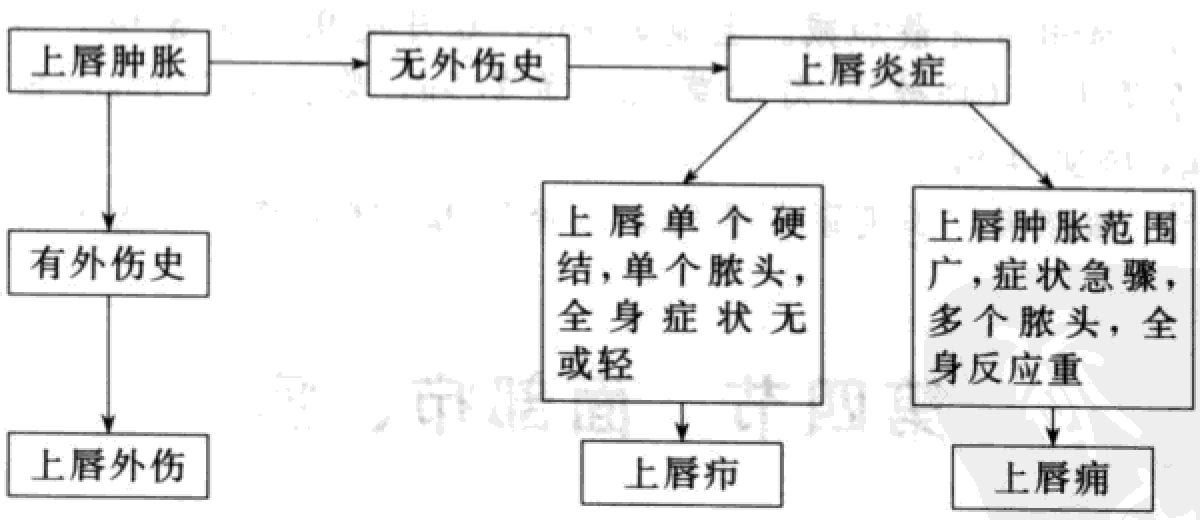
2. 实验室检查

白细胞计数升高，粒细胞比例升高，红细胞沉降率升高等。

（二）鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
上唇肿胀	疖	单个毛囊细菌感染	单个皮肤结节，中央一个脓头	白细胞计数正常或升高
	痈	多个毛囊细菌感染	肿胀范围广，表面多个脓头；表面蜂窝状	白细胞总数一定升高
	上唇外伤	上唇外伤	上唇肿胀，表面可有皮肤挫裂伤	白细胞计数正常

（三）病情分析思路



（四）治疗方案

1. 治疗原则

应将局部治疗与全身治疗相结合，局部治疗应尽早进行。

2. 治疗措施

（1）局部治疗　严禁局部挤压、挑刺、热敷及药物烧灼等刺激手段，上唇限

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

制活动。起病初期，可用2%～3%的碘酊涂患处，每日3次。脓肿形成后可用高渗盐水湿敷拔脓，对黏稠脓栓可用镊子夹出。对脓肿形成但难以破溃的可使用尖刀轻挑开脓头顶部以利引流。

(2) 全身抗菌治疗　严重的患者，应全身应用抗生素，尽可能地进行药敏试验，指导临床用药。

(3) 全身支持治疗　对症状较重的病人，应注意全身的支持疗法，加强营养；补充液体，维持体内酸碱平衡。

3. 并发症的处理

由于疖和痈好发的上唇处于颜面部的“危险三角”，细菌可逆行进入颅内，引起颅内感染，如海绵窦血栓性静脉炎、败血症、中毒性休克，应注意预防，一旦出现应根据休克的治疗原则积极有效地进行综合抢救。

（五）医嘱示范（以3岁，15kg为例）

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规
二级护理	尿常规
流质饮食	便常规
局部制动，卧床休息	细菌培养＋药敏试验
4%盐水持续局部湿敷	
10%葡萄糖溶液 100ml 头孢唑啉 0.5g　iv drip，bid	

三、中医会诊

1. 疖

(1) 暑热浸淫

［症状］　发于夏秋季节，以小儿及孕妇多见。根脚浅，肿势局限，可伴有轻微发热、小便短赤、大便干、苔薄白或腻，脉滑或数。

［治则］　清暑利湿、解毒。

［方药］　用清暑汤加减。金银花30g，连翘20g，滑石15g，泽泻20g，车前子（包煎）15g，竹叶15g，天花粉15g，生甘草10g。

［加减］　大便干结加生大黄（后下）10g；小便短赤加猪苓15g；纳差加白术15g、焦山楂15g。

(2) 热毒蕴结

［症状］　患处高突，灼热疼痛，伴有发热、口干渴、小便黄赤、大便秘结、舌红、苔黄，脉弦数。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［治则］ 清热解毒。

［方药］ 用五味消毒饮加减。金银花 30g，野菊花 15g，蒲公英 15g，紫花地丁 10g，天葵子 10g，穿山甲 10g，白芷 15g，赤芍 10g，生甘草 10g。

［加减］ 壮热加黄连 10g、栀子 10g；小便短赤加泽泻 10g、茯苓 20g。

(3) 热盛酿脓

［症状］ 局部持续疼痛或跳痛，顶高中软，根脚收束，按之应指，或脓头破溃、壮热、口干渴、舌红苔黄，脉数。

［治则］ 清热解毒、透脓。

［方药］ 用仙方活命饮加减。金银花 30g，蒲公英 30g，紫花地丁 15g，当归 15g，皂角刺 15g，穿山甲 25g，白芷 15g，乳香 10g，没药 10g，连翘 10g，赤芍 15g，生甘草 10g。

［加减］ 壮热加石膏（先煎）20g、知母 15g；气虚无力托毒加生黄芪 30g。

(4) 余热伤阴

［症状］ 脓栓已溃，肿势消退，热退身凉，口干、纳差、舌红少津、苔薄黄或无苔，脉细数。

［治则］ 滋阴清热解毒。

［方药］ 用竹叶石膏汤加减。石膏（先煎）15g，竹叶 15g，太子参（孩儿参）30g，石斛 15g，麦冬 15g，黄连 15g，沙参 15g，金银花 30g，炙甘草 10g。

［加减］ 纳差加陈皮 10g、焦山楂 15g；神疲加茯苓 20g，党参 30g。

2. 痈

(1) 邪热壅阻

［症状］ 患处红肿，上有粟粒样脓头，继则红肿范围扩大，脓头亦相继增多，疼痛难熬。伴有寒热头痛、食欲不振、舌苔薄白或黄，脉象滑数。

［治则］ 清热利湿、和营消肿。

［方药］ 用仙方活命饮加减。金银花 15g，防风 15g，白芷 10g，当归 10g，陈皮 10g，赤芍 10g，贝母 15g，紫花地丁 15g，牡丹皮 10g，乳香 10g，没药 10g，生甘草 10g。

［加减］ 大便干结加生大黄（后下）10g；小便短赤加六一散 15g；热毒炽盛加黄连 6g、板蓝根 10g。

(2) 毒盛腐肉

［症状］ 疮面渐渐腐烂，形似蜂窝，肿块范围常超过 3 寸，此时高热、口渴、便秘、溲赤。如脓液逐渐畅泄，腐肉脱落，则病情停止发展，全身症状也随之减轻或消失。

［治则］ 清热解毒、托里透脓。

［方药］ 用黄连解毒汤合透脓散加减。黄连 6g，黄芩 10g，生地黄 10g，玄参 10g，金银花 10g，白芷 10g，当归 10g，赤芍 10g，紫花地丁 15g，天花粉 15g，皂角刺 20g，炮穿山甲 20g，生甘草 10g。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［加减］ 大便秘结加大黄（后下）10g、枳实10g；合并内陷者，参照本书的“全身化脓性感染”论治。

(3) 毒炽阴虚

［症状］ 局部疮色紫滞，疮形平塌，根盘散漫，不易化脓，溃出脓水稀少或带血水，并且疼痛剧烈，腐肉难脱；全身症见壮热，唇燥口干，大便秘结，小溲短赤，苔黄舌质红，脉细数。

［治则］ 滋阴生津、清热托毒。

［方药］ 用竹叶黄芪汤加减。竹叶15g，生黄芪20g，生地黄10g，麦冬10g，石斛10g，黄连6g，紫花地丁15g，金银花15g，皂角刺20g，生甘草10g。

［加减］ 便干加草决明15g、玄参15g、火麻仁15g；壮热加石膏（先煎）20g、知母15g。

(4) 气血两亏

［症状］ 局部疮色灰暗不泽，疮形平塌散漫，化脓迟缓，腐肉难脱，脓水稀薄，色带灰绿，闷肿胀痛不显，疮口易成空壳。可伴有发热，大便溏薄，口渴不欲饮，神疲乏力，面色少华，舌质淡红、苔白腻，脉数无力。

［治则］ 补益气血、解毒祛邪。

［方药］ 用托里消毒散加减。党参12g，生黄芪30g，炒白术10g，当归10g，白芍10g，皂角刺20g，茯苓10g，金银花10g，生甘草10g。

［加减］ 脓出不畅加炮穿山甲20g；纳差加陈皮10g、焦山楂15g。

第五节 颌面部特异性感染

颌面部特异性感染是指由特异性病原体所引起的特定感染。这些特异性病原体主要指结核杆菌、放线菌、梅毒螺旋体、白色念珠菌等。与一般致病微生物相比，它们的致病机制及临床表现具有独特的特点。因此，将其单独列出，便于临床识别。

一、放线菌病

（一）概述

放线菌病是一种比较少见的慢性特异性炎症，好发于面颈部、腹部和胸部。其中，又以面颈部最为多见，约占50%以上。发生在人体的主要是以色列放线菌和奈斯伦放线菌，属厌氧菌和条件致病菌；当机体抵抗力降低时将有被放线菌感染的可能。

（二）查房内容

1. 诊断依据

① 多发于软组织，以腮腺咀嚼肌区、颌下区等部位多见；颌骨病灶则以下

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

颌角和下颌升支多见。病程缓慢，初期为皮下结节，渐增大，结节与皮下组织粘连，表面皮肤呈暗红色或紫色。炎症波及咀嚼肌时出现张口受限。

② 感染的组织呈板状硬，形成多发性脓肿或窦道。

③ 破溃的脓液中流出硫磺颗粒，周围继续形成新结节和脓肿。

④ 细菌学检查。取脓液涂片检查可发现放线菌的放射性菌丝。

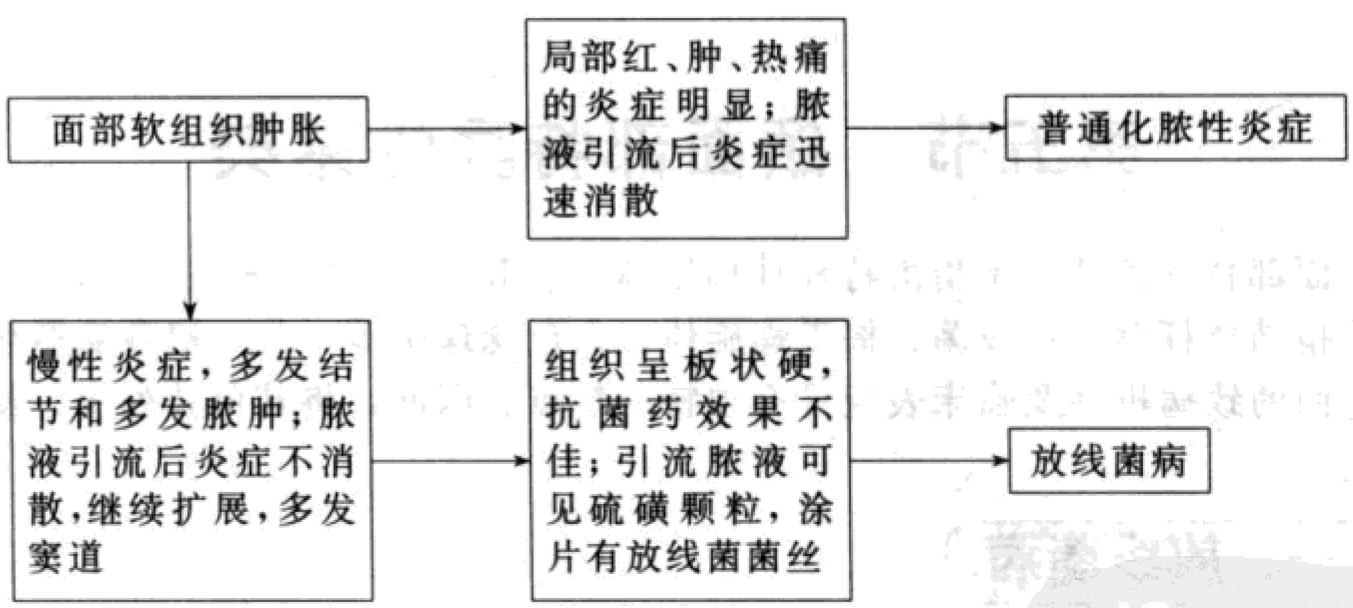
⑤ 颌骨受侵犯时，X线可见骨质破坏，骨膜反应，骨小梁紊乱。

⑥ 组织学活检亦可确诊。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
面部组织肿胀	间隙感染	牙源性普通感染	以特定间隙为中心，局部表现为红、肿、热、痛的炎症表现。病程短，脓肿引流后，炎症迅速消散	血象明显变化
	放线菌病	放线菌感染	病程长，抗菌药应用效果欠佳；患处出现结节，进而形成多个脓肿，脓肿破溃后周围再出现结节和脓肿；组织板状硬，脓液出现硫磺颗粒	脓液细菌检查可见放线菌菌丝

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　以足量和足够疗程的抗生素为主；必要时需配合外科手术治疗。

（2）治疗措施

① 抗生素应用。大剂量的应用抗生素，以青霉素、红霉素、林可霉素为主。其中以青霉素类最为敏感，疗效不佳时，可换用红霉素、林可霉素类。青霉素剂量每日（200～500）万单位肌内注射，持续6～12周。亦可用药物局部注射封闭。

② 口服碘制剂。常用2%～5%碘化钾口服，10ml/天。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

③ 手术切开排脓或刮除肉芽组织，颌骨病灶配合死骨刮除术。
④ 试用深部X线或高压氧治疗。

5. 医嘱示范（以体重50kg为例）

术前长期医嘱	术前临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规
二级护理	尿常规
普通饮食	便常规
5%碘化钾 10ml,tid	青霉素皮试
10%葡萄糖 500ml 青霉素 800万单位　　iv drip,bid	下颌骨全景片＋右下颌骨侧位片
	术前医嘱
	局麻下行右腮腺脓肿切开引流术
	术区备皮
	阿托品 0.5mg 苯巴比妥（鲁米那）0.1　　im,术前30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科局麻术后护理常规	5%葡萄糖 500ml 维生素C 1.0g　　iv drip,qd
二级护理	血常规
半流质饮食	脓液细菌培养＋药敏试验
术区换药,qd	脓液涂片显微镜检查
5%碘化钾 10ml,tid	
青霉素 800万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　　iv drip,qd	

（三）中医会诊

本病中医无相关论述。

二、口腔颌面部梅毒

（一）概述

梅毒是由梅毒螺旋体引起的炎症性疾病，是常见的性传播疾病，早期梅毒传

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

染性极强，它可通过性接触、胎盘、输血及外伤传染。近年来发病增多，应引起临床医师的注意。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现　梅毒可分为先天性梅毒和获得性梅毒。梅毒发病分三期。早期梅毒无症状。先天性梅毒的患儿4岁前表现为水疱，口周、鼻孔和肛周呈现放射性糜烂，组织浸润性增厚。先天性梅毒三期表现为哈钦森牙或桑椹状牙。获得性梅毒的早期表现为口周硬下疳，皮肤丘疹及边缘有红晕的口腔黏膜斑。获得性梅毒三期表现为树胶肿和颌骨梅毒。表现为下唇、舌、腭部位小肿块，逐渐增大，中央破溃，可累及骨。

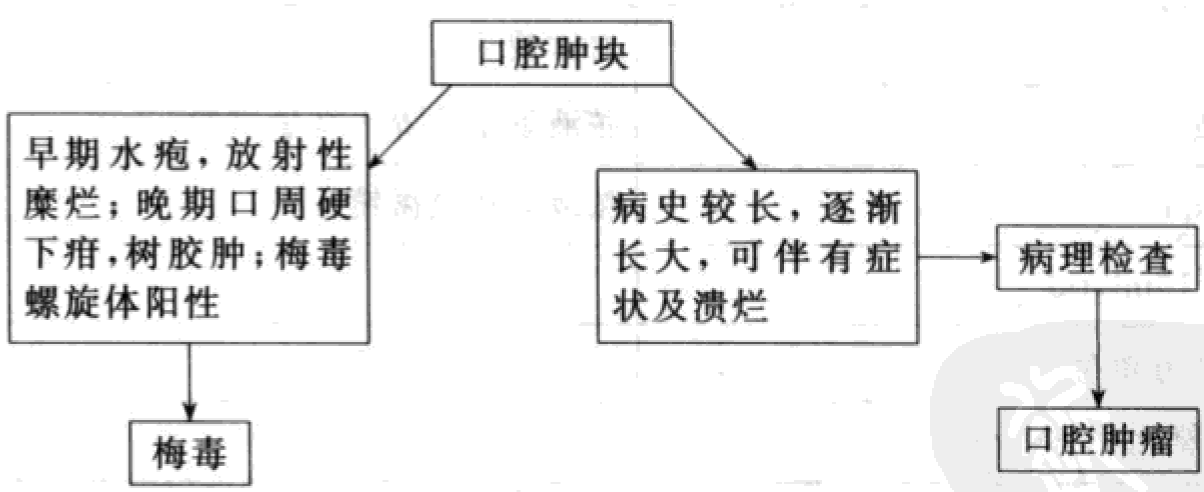
（2）病原体检查　分泌物的螺旋体检查或血清学检查。

（3）病理学检查　病理学标本的特殊染色。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
口腔黏膜肿块	梅毒	梅毒螺旋体感染	梅毒患者接触史，口周硬下疳，皮肤丘疹，牙齿改变；树胶肿样表现	螺旋体检查阳性确诊
	肿瘤	无牙病史，有外伤病史	病史长，缓慢生长；多样性表现	病理检查确诊

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　早发现，早治疗，剂量足够，疗程足够，长期随访观察。

（2）治疗措施　早期大剂量应用青霉素，治愈率在95%以上，亦可应用头孢菌素或多西环素等进行治疗。

5. 医嘱示范

确诊后转专科医院进行系统治疗。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（三）中医会诊

1. 湿毒凝滞

［症状］ 大小阴唇内或尿道口附近，阴蒂或宫颈等处可见圆形或椭圆形硬结，边缘隆起，界线清，不痛不痒，似软骨硬，表面糜烂流液，舌质红，苔白厚或黄腻，脉弦微滑。

［治则］ 清热解毒散结。

［方药］ 选用土茯苓合剂加减。土茯苓 60g，金银花 15g，薏苡仁 15g，牡丹皮 15g，赤芍 15g，连翘 15g，苍耳子 15g，白鲜皮 10g，威灵仙 10g，木瓜 10g，白芷 10g，皂角刺 10g，当归 10g，甘草 5g。

［加减］ 腹股沟淋巴结肿大者，可加煅牡蛎 20g、浙贝母（大贝）15g。

2. 湿热壅盛

［症状］ 肛门及外阴部表面湿润的扁平隆起丘疹，有瘙痒或灼热感，或全身斑疹、丘疹或脓疱疮，舌质红，苔黄滑或黄腻，脉弦滑数。

［治则］ 泻火解毒、散结利湿。

［方药］ 选用龙胆泻肝汤加减。龙胆 10g，黄芩 10g，栀子 10g，柴胡 10g，泽泻 12g，赤芍 12g，山慈菇 15g，浙贝母 15g，白芷 10g，玄参 12g，土茯苓 30g，生牡蛎 30g，薏苡仁 30g。

［加减］ 若丘疹处痒甚，加白鲜皮 10g、苦参 10g、蛇床子 10g、蝉蜕 5g。

3. 余毒留滞

［症状］ 头面、四肢或躯干等处皮下或深部组织可见圆形坚硬结节，初发如豌豆大小，逐渐增大软化，最后破溃流出胶样分泌物，或初见头昏心悸、肌肤麻木不仁或筋骨窜痛，或痒若虫行，舌质淡红，或淡微紫，苔薄白滑，脉细弱或细数。

［治则］ 扶正祛邪。

［方药］ 选用地黄饮子加减。生地黄 12g，石斛 12g，黄芪 12g，党参 12g，薏苡仁 10g，土茯苓 10g，赤芍 10g，当归 10g，白芷 10g，山慈菇 10g，皂角刺 10g，穿山甲 10g，郁金 10g。

［加减］ 若头昏眼花，加女贞子 10g、旱莲草 10g；心悸气短，加柏子仁 10g、麦冬 10g、五味子 5g；肌肤麻木不仁或如虫行，用黄芪桂枝五物汤加减；腰膝酸软，加枸杞子 10g、杜仲 10g；若见阴阳两虚，可加龟甲胶 10g、鹿角胶 10g。

三、口腔颌面部艾滋病

（一）概述

艾滋病又称获得性免疫缺陷综合征（AIDS），是由艾滋病病毒（HIV）进入人体后特异性侵犯辅助性 T 淋巴细胞所致，造成机体细胞免疫功能下降而引起难以控制的感染。感染 HIV 后一般经过时间不等的潜伏期，在此期间患者无任何症状，发展下去患者出现全身淋巴结肿大，各部位相应症状出现，最后因严重感染和恶性肿瘤而死亡。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现　患者感染 HIV 后表现为易患各种感染和发生的肿瘤。口腔部位可表现为单纯疱疹感染，口咽部念珠菌感染，与致病因素不相称的发展快速的严重牙龈炎、牙周炎，头颈部淋巴结肿大，口腔黏膜毛状白斑；口腔卡波西肉瘤、各种淋巴瘤。

（2）实验室检查　依靠血清学和病毒学的检查即可确诊。

2. 鉴别诊断

对于口腔出现上述临床表现，且不易治愈的患者，结合患者全身体质差易感染要考虑到有 HIV 感染的可能，及时进行 HIV 的检查，一旦 HIV 抗体阳性即应上报防疫部门，进行进一步的验证。

3. 治疗方案

患者确诊后即转疾病控制中心进行有监控的抗艾滋病治疗。

（三）中医会诊

1. 肺卫受邪

［症状］　见于急性感染期。症见发热，微畏寒，微咳，身痛，乏力，咽痛。舌淡红，苔薄白或薄黄，脉浮。

［治则］　宣肺祛风，清热解毒。

［方药］　选用银翘散加减。金银花 15g，连翘 15g，牛蒡子 15g，荆芥穗 12g，薄荷 9g（后下），淡竹叶 10g，甘草 6g，土茯苓 20g，夏枯草 15g。

［加减］　头胀痛较甚者加桑叶 15g、菊花 15g，以清利头目；热毒重者加大青叶 15g、草河车 15g，清热解毒；若咽喉红肿疼痛酌配一枝黄花 12g、土牛膝 12g、玄参 12g，解毒利咽；咳嗽痰多加浙贝母 10g，前胡 10g，杏仁 10g，化痰止咳；咯痰黄稠者加黄芩 12g、知母 12g、瓜蒌皮 15g，清化热痰。

2. 肺肾阴虚

［症状］　多见于以呼吸系统症状为主的艾滋病早期、中期患者，尤以卡氏肺孢子虫病、肺孢子虫肺炎、肺结核较多见。症见发热，咳嗽，无痰或少量黏痰，或痰中带血，气短胸痛，动则气喘，全身乏力，消瘦，口干咽痛，盗汗，周身可见淡红色皮疹，伴轻度瘙痒。舌红，少苔，脉沉细小数。

［治则］　滋补肺肾，解毒化痰。

［方药］　选用百合固金汤合瓜蒌贝母汤加减。生地黄 25g，熟地黄 15g，麦冬 15g，玄参 15g，桔梗 15g，虎杖 15g，百合 15g，夏枯草 15g，白芍 12g，当归 12g，瓜蒌皮 12g，川贝母 12g，甘草 6g，大黄 10g。

［加减］　若咳有黄痰，不易咳出者，可加牡丹皮 10g、黄芩 10g，清热化痰；若肺热咳甚伤络，咳痰夹血者，可加白茅根 15g、藕节 15g，牡丹皮 15g，凉血止血；若咳嗽频繁，可加黄芩 15g，清肺止咳；若咳嗽气促，可加石膏 30g（先

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

煎）、知母 15g，清气分热。

3. 脾胃虚弱

［症状］ 多以消化系统症状为主。症见腹泻久治不愈，腹泻成稀水状，少数挟有脓血、黏液，里急后重不明显，可有腹痛；兼见发热，消瘦，全身乏力，食欲不振，恶心呕吐，吞咽困难或腹胀肠鸣，口腔内鹅口疮。舌淡有齿痕，苔白腻，脉濡细。

［治则］ 扶正祛邪，培补脾胃。

［方药］ 选用补中益气汤合参苓白术散加减。党参 15g，茯苓 15g，黄芪 15g，白扁豆 15g，山药 15g，薏苡仁 15g，莲子 15g，地耳草（田基黄）15g，猫爪草 15g，土茯苓 20g，升麻 9g，当归 12g，柴胡 12g，白术 10g，砂仁 10g（后下），大枣 10 枚。

［加减］ 湿邪较重而症见胸闷食少，肢体倦怠，舌苔腻或白滑者，可加苍术 15g、陈皮 10g、猪苓 10g、木香 6g，健脾行气化湿；若胃寒重者，加吴茱萸 6g、肉桂 6g，以温阳散寒降逆；若呃逆不止，心下痞硬者，可加用旋覆代赭汤和胃降逆。

4. 脾肾亏虚

［症状］ 多见于晚期患者，预后较差。症见发热或低热，形体极度消瘦，神清，倦怠，心悸气短，头晕目眩，腰膝酸软，四肢厥逆，食欲不振，恶心，呃逆频作，腹泻剧烈，五更泄泻，毛发枯槁，面色苍白。舌质淡或胖，苔白，脉细无力。

［治则］ 温补脾肾，益气回阳。

［方药］ 选用肾气丸合四神丸加减。山药 15g，熟地黄 15g，牡丹皮 15g，茯苓 15g，猪苓 15g，泽泻 15g，补骨脂 15g，桂枝 9g，制附子 3g，炙甘草 6g，山茱萸（山萸肉）12g，肉豆蔻 12g，五味子 12g，吴茱萸 12g。

［加减］ 脾虚痰湿甚者加石菖蒲 10g、郁金 10g，川贝母 10g，行气化痰；若湿偏盛、胸脘痞闷、肢重且肿者，可配加厚朴 12g、白术 15g、车前子 15g，健脾行气，利水消肿；如肢体麻木，关节不利者，加赤芍 15g、丹参 15g、红花 12g，活血通络。

5. 气虚血瘀

［症状］ 以卡波西肉瘤多见，或见于其他恶性肿瘤。症见周身乏力，气短懒言，面色苍白，饮食不香，四肢、躯干部出现多发性肿瘤，瘤色紫暗，易于出血，淋巴结肿大。舌质暗，脉沉细无力。

［治则］ 补气化瘀，活血清热。

［方药］ 选用补阳还五汤合犀角地黄汤加减。北黄芪 15g，白芍 15g，当归 15g，牡丹皮 15g，夏枯草 15g，法半夏 15g，红花 10g，甘草 6g，生地黄 25g，犀角（水牛角代）30g（先煎），桃仁 12g，川芎 12g，浙贝母 12g，地龙 12g。

［加减］ 若兼见面色萎黄不华，心悸、怔忡者，可加党参 15g、鸡血藤 15g、大枣 12 枚以益气生血，养心安神；若见怕冷，阳痿，小便清长者，可酌配鹿角片 15g、补骨脂 15g、巴戟天 15g、肉桂 6g、附子 6g，温肾助阳。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

6. 窍闭痰蒙

［症状］ 多见于出现中枢神经症状的晚期患者。症见发热，头痛，恶心呕吐，神志不清，或神昏谵语，项强惊厥，四肢抽搐，或伴癫痫或痴呆。舌质暗或胖，或干枯，苔黄腻，脉细数或滑。

［治则］ 清热化痰，开窍通闭。

［方药］ 选用安宫牛黄丸合紫血丹、至宝丹。若为寒甚者，用苏合香丸豁痰开窍。痰闭清除后缓则治其本，可用生脉散益气养阴。人参25g，麦冬15g，五味子12g。

［加减］ 如症见大汗淋漓，四肢厥冷，声音嘶哑，拘急转筋，脉细欲绝，以通脉四逆加猪胆汁汤为主方。亦可在前方中加姜汁5g、炒川黄连6g；紫绀重，加当归15g、川芎9g活血化瘀；如抽搐较甚者，可酌加地龙10g、全蝎10g、菊花10g、钩藤15g，熄风止痉；如烦躁不安，可加栀子10g、淡竹叶10g，清心除烦。

四、结核性淋巴结炎

（一）概述

口腔颌面部结核好发于儿童和年老体弱者，20～40岁亦可见到。结核杆菌主要通过血行感染，也有通过口腔黏膜的开放伤口而引起的。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现 好发部位在颏下、颌下区、颈深上淋巴结，也可发生于腮腺区。起初常表现为单个或少数散在的肿块，活动且无粘连，无压痛。病情发展，淋巴结互相融合，粘连，形成固定的肿块。个别淋巴结液化破溃，形成经久不愈的窦道，周围皮肤呈暗红色。

（2）B超检查 可发现多个淋巴结肿大，淋巴结相互粘连，有无液化。

（3）PPD试验 阳性者有诊断意义，但有一定的假阳性。

（4）实验室检查 穿刺脓液涂片可查见结核杆菌。

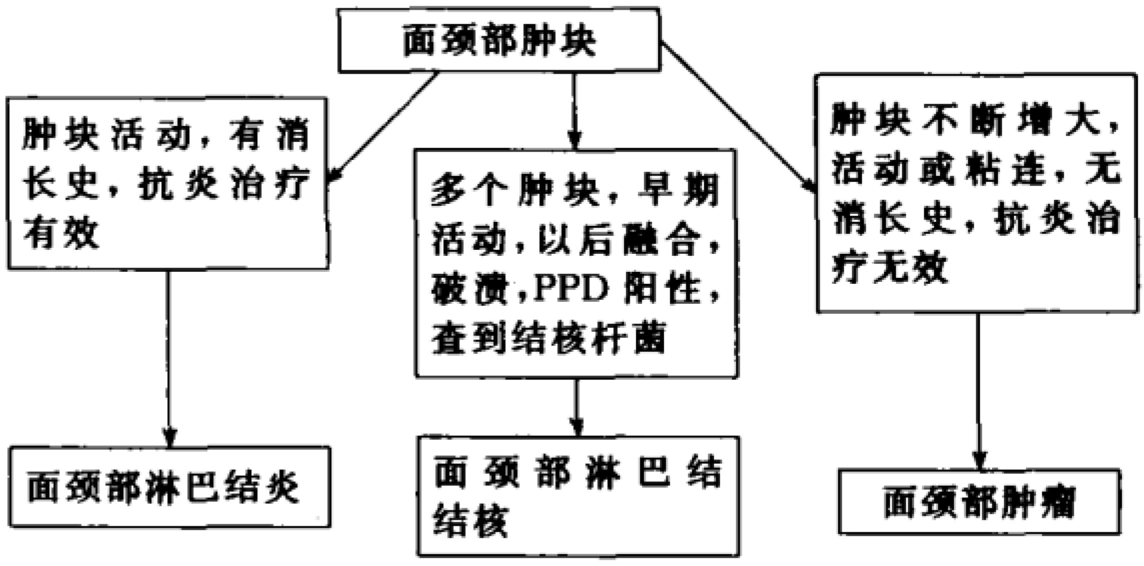
（5）病理检查 诊断不明的可考虑活检，明确诊断。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
面颈部肿物	慢性淋巴结炎	细菌感染	局部肿块，无症状，活动，数量少，抗炎治疗有效，有消长史，可有病灶	B超可见淋巴结肿大
	肿瘤	基因改变	肿块，缓慢或快速地逐渐增大，多为单个肿块	表现为孤立肿块，病理检查
	淋巴结结核	结核杆菌感染	多个肿块，可相互粘连，可有破溃，窦道；抗结核治疗有效	PPD试验；病理检查

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　确诊后全身规范的抗结核治疗并注意支持治疗；局限的病灶可行手术摘除术。

（2）治疗措施

① 全身药物治疗。应用药物主要有异烟肼、利福平、链霉素等。注意用药要足量，治疗周期要足够。

② 局部治疗。可局部注射抗结核药物于淋巴结，形成局部较高的药物浓度，产生较好的抗结核杆菌效果。

③ 手术治疗。对于淋巴结局限，抗结核治疗效果不佳的，可手术切除病灶。

5. 医嘱示范

确诊后转专科医院进行系统治疗。

（三）中医会诊

1. 内治法

（1）初期（硬结期）

［症状］　结核如指头大，一枚或数枚不等，表面肤色正常，推之活动，无压痛，病程缓慢，可延至数年不变，一般无全身症状。

［治则］　疏肝活血，化痰散结。

［方药］　选用逍遥散合二陈汤加减。夏枯草 15g，玄参 9g，丹参 15g，陈皮 15g，当归 12g，白芍 15g，浙贝母 15g，茯苓 15g，柴胡 15g，连翘 15g，半夏 15g，猫爪草 30g。

［加减］　肝火甚者，加生栀子 10g、黄芩 10g，以清热泻火；喉间有痰加僵蚕 10g、风栗壳 10g、海藻 15g。

（2）中期（脓肿期）

［症状］　结核增大，皮核粘连，肿块互相融合成块，推之不动，渐感疼痛，皮色微红，扪之微热，如微有波动感，为内脓已成。舌暗红、苔薄白或薄黄，脉弦数，可伴有轻微发热、胃纳不佳等全身症状。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［治则］ 清热化痰，托里透脓。

［方药］ 选用托里消毒散加减。夏枯草 15g，连翘 15g，赤芍 12g，白芍 12g，甘草 5g，桔梗 15g，白芷 12g，甘草 5g，猫爪草 20g，生北黄芪 20g，玄参 18g，皂角刺 15g，炙穿山甲 10g，百部 10g。

［加减］ 肿块坚硬如石者，加用海藻 10g、昆布 10g、莪术 10g；伴气滞胸满者，加川楝子 10g、青皮 9g、枳壳 10g；伴发热者，加金银花 20g、黄连 6g、白茅根 15g。

（3）后期（破溃期）

［症状］ 病程日久，局部脓肿破溃，脓少清稀，夹有败絮状物。创口呈潜行性（空壳），四周紫暗，肉芽苍白，往往此病彼溃，而形成窦道，又称“鼠疮”。若脓小转厚，创口肉芽鲜红，为即将收口；多伴有潮热骨蒸，倦怠盗汗等肝肾亏虚之证，或有面少华色，精神倦怠，头晕失眠等气血两亏之证，舌淡红苔薄白，脉弦细数。

［治则］ 益气养血，托里排脓。

［方药］ 选用八珍汤加减。北黄芪 30g，当归 15g，白术 15g，茯苓 15g，党参 20g，甘草 3g，白芷 6g，桔梗 12g，赤芍 15g，白芍 15g，百部 10g。

2. 外治法

（1）早期　外敷阳和解凝膏。

（2）中期　皮肤变红可外敷四黄膏、紫红者可外敷阳和解凝膏。

（3）后期　初用七三丹外敷疮口，次用二宝丹药线引流，红油膏外敷，肉芽新鲜、脓少变稠后外敷生肌膏。

五、结核性颌骨骨髓炎

（一）概述

结核性颌骨骨髓炎是由结核杆菌侵犯颌骨而发生的骨髓炎症，同化脓性颌骨骨髓炎相比，通常无明显的炎症性表现，好发于儿童、青年，发病率较低。一般认为结核性颌骨骨髓炎是由肺部等部位的结核杆菌经血流侵入骨内或开放性肺结核经口腔创口感染骨质所致。

（二）查房内容

1. 诊断依据

① 多发于儿童和青年，好发部位是下颌角、上颌骨与颧骨的结合部。

② 全身症状不明显，局部表现为渐进性肿大，皮肤炎症不明显。受累部位骨质坚硬隆起，可有压痛。穿破骨质者，在软组织内可行成冷脓肿，脓肿穿破后流出稀薄的脓液，呈豆渣样结构。遗留经久不愈的窦道，窦口周围皮肤呈暗红色，溃破口肉芽组织增生，在眶区周围者常有下睑外翻。

③ 影像学检查。X 线片可见到边缘不整齐的骨质破坏区，局限性骨质透射区，有时可见小死骨。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

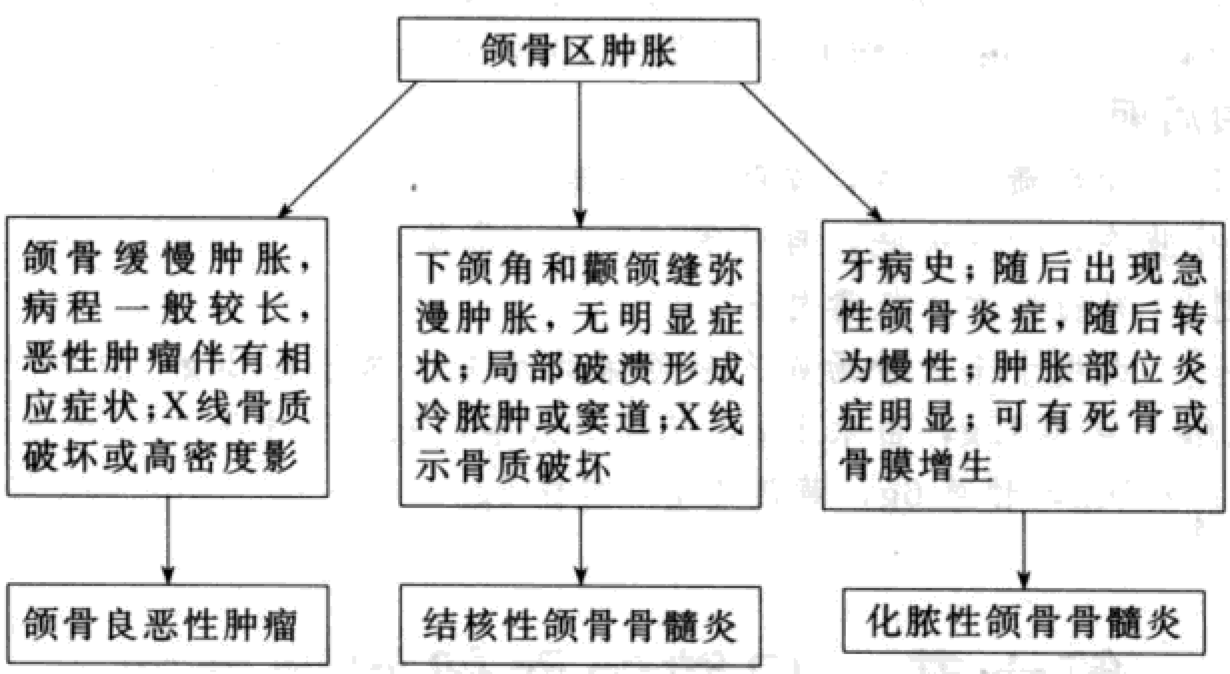
④ 全身远处部位可查见结核病灶。

⑤ 脓肿溃破者涂片发现结核杆菌即可确诊。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
颌骨肿胀	颌骨肿瘤		青壮年多见，渐进性肿大，非特定部位；X线高密度影或骨质破坏	X线表现
	结核性骨髓炎	结核杆菌感染	早期局部肿胀增大，炎症不明显；冷脓肿表现；破溃口肉芽组织增生	特异X线征象；脓液涂片有结核杆菌
	化脓性骨髓炎	化脓性细菌感染	有牙病史，呈现急性炎症表现；病程进展快，然后转为慢性	X线征象可见死骨或骨质增生

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则

① 全身抗结核治疗及支持疗法。抗结核药物应用要早期、联合、规范、足量和全程。

② 颌骨病灶处于静止或死骨形成，需行死骨病灶清除术。

（2）治疗措施

① 全身应用抗结核药物。包括异烟肼、利福平、链霉素和乙胺丁醇等，遵循足量、全程、规范的原则进行抗结核治疗。

② 局部治疗。局部冷脓肿形成可试行穿刺，抽取脓液，注入抗结核药物。脓肿破溃或骨病灶局限后，手术清除死骨和肉芽组织。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

5. 医嘱示范

转结核专科医院系统治疗。

（三）中医会诊

1. 初期

［症状］ 局部肿胀不明显，一般不红不热，患部隐隐作痛，皮色如常。若病变在骺端，波及关节，出现关节功能障碍，伴有形寒、肢冷、盗汗或食欲减退、精神萎靡等全身症状。舌质淡、苔白，脉沉细而弱。

［治则］ 补益肝肾、温经散寒、化痰通络，促其消散。

［方药］ 选用阳和汤加减。熟地黄24g，鹿角胶9g（烊化冲服），炮姜6g，肉桂6g，麻黄3g，炒白芥子6g，丹参12g，百部6g，桂枝9g，附子9g，甘草6g。

2. 成脓期

［症状］ 病变部位漫肿时痛，皮肤不红不热，骨酸疼痛，全身乍寒乍热，朝轻暮重，脓肿中心液化，有波动感，有明显乏力、消瘦、潮热、盗汗。舌红、少津，脉细数。若多种细菌混合感染，可出现高热、寒战等症状。

［治则］ 补益气血，养阴清热，托毒促溃。

［方药］ 选用神功内托散加减。生黄芪15g，党参10g，焦白术9g，穿山甲9g，煨姜9g，白芷6g，当归6g，金银花10g，川芎6g，枸杞子10g，甘草6g。

3. 溃后期

［症状］ 局部溃烂流脓，皮肤色泽灰暗，脓液清稀或挟有絮状物，并有面色无华，形瘦肢冷，心悸失眠，自汗等。舌淡、苔薄白、脉濡细而虚大。

［治则］ 补益气血，托毒外出。

［方药］ 选用十全大补汤或人参养荣汤加减。熟地黄24g，白芍12g，当归9g，川芎6g，党参12g，白术10g，茯苓（云苓）9g，五味子6g，远志6g，龙眼肉（桂元肉）10g，甘草6g，黄芪12g，肉桂6g。

第六节　口腔颌面部间隙感染

在口腔颌面部及颈部，肌肉及各器官均由致密的筋膜所包绕，在包绕的这些器官周围充满着脂肪和疏松结缔组织，构成潜在的间隙。这些间隙通过疏松结缔组织相互交通，因此当颌面部某个间隙发生感染时，可通过疏松结缔组织向周围扩散，形成单个或多个间隙的感染。口腔颌面部蜂窝织炎是指颌面部皮下、筋膜及肌肉间的结缔组织、脂肪、血管等发生的急性化脓性炎症。因此亦称间隙感染。

一、眶下间隙感染

（一）概述

眶下间隙感染是指发生在以眶下间隙为中央的区域的细菌感染。眶下间隙位

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

于眼眶下方，上颌骨浅面与面部表情肌之间。上界为眶下缘，下界为上颌牙槽突，内界为鼻侧，外界为颧骨。间隙内有眶下神经、血管及脂肪组织。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源　主要是牙源性感染，继发于上颌尖牙、上颌第1前磨牙或上颌切牙的根尖化脓性炎症。

（2）肿胀的部位　眶下间隙感染肿胀范围上至眼睑，下至下唇，内至鼻翼，外至颧部，表现为睑裂变窄，鼻唇沟变浅。

（3）肿胀的表现　以尖牙部皮肤为中心的红、肿、热、痛。脓肿形成时，眶下区，尤其是口腔前庭沟处明显压痛，可有波动感。

（4）肿胀区穿刺　穿刺肿胀波动感区抽取到脓液，具有决定性意义。

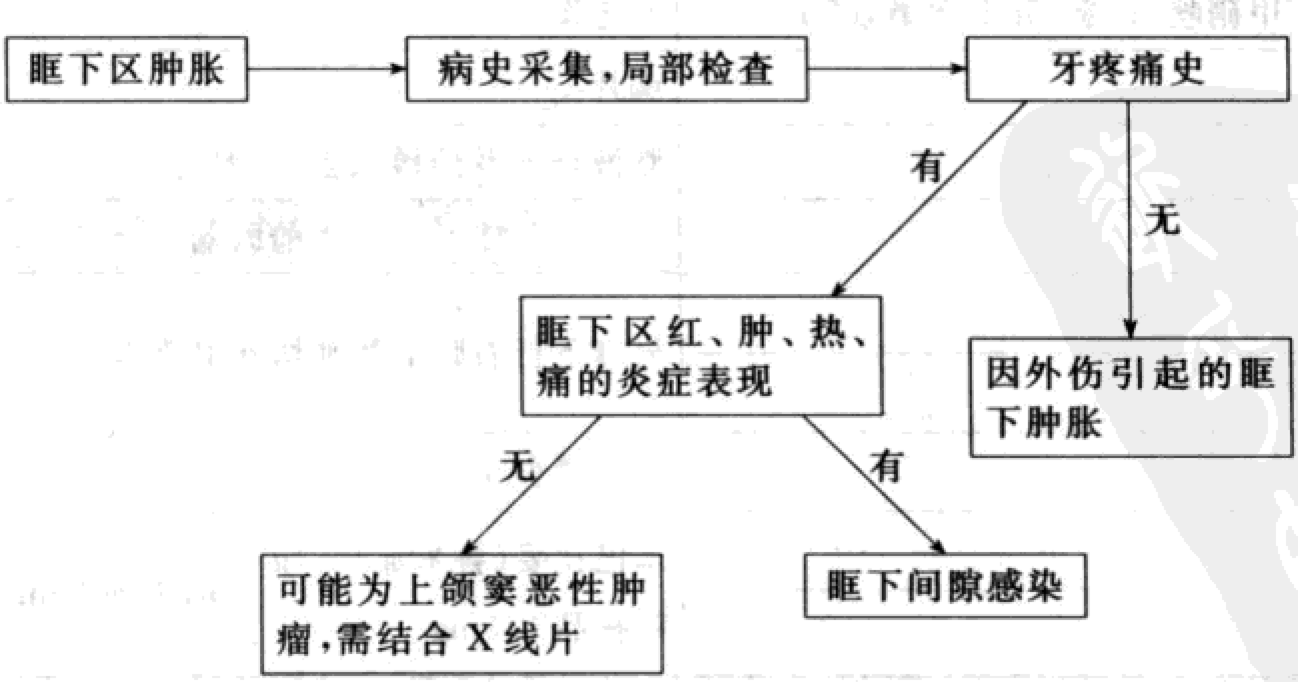
（5）牙源性感染史　一般有上颌尖牙、前磨牙或上颌切牙的疼痛感染史。

（6）辅助检查　B超检查探查到眶下间隙有液化改变，可确诊。血常规检查白细胞总数及中性粒细胞明显升高。

2. 鉴别诊断

疾病 征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
眶下区肿胀	眶下间隙感染	牙源性感染	以眶下区为中心，局部表现为炎症	B超可见软组织内阴影
	眶下区外伤	无牙病史，有外伤病史	眶下区有伤口或伴眶区骨折	X线表现，可见骨折征象
	上颌窦肿瘤	一般无牙源性感染，来源于上颌窦肿瘤	有面部钝痛，局部可触及肿块，可有鼻塞、流涕	X线片或CT可查见上颌窦内肿块影

3. 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 治疗方案

（1）治疗原则

① 尽快处理病源牙，建立根尖引流。

② 脓肿形成时，及早进行切开引流。

③ 全身抗感染，注意并发症的发生。

（2）病因治疗　确定病源牙，对病源牙进行治疗，建立牙根尖的开放引流通道。

（3）治疗措施

① 脓肿未形成期的治疗。急性感染脓肿未形成时应卧床休息，全身应用抗菌药物，严重者可联合应用抗菌药物。

② 脓肿形成期。

a. 手术指征。肿胀区有波动感；穿刺有脓液；B超确定有脓肿形成。

b. 切开部位。选在口内黏膜转折区作切口，分离脓腔，放置引流条。

（4）疗程　急性感染时如所选用抗生素对细菌敏感，一般可使绝大多数病人感染得到控制；脓肿形成及时切开后，配合全身抗生素应用，炎症3天内得到明显好转，1周内即可痊愈。痊愈后需提醒患者对病源牙进行彻底治疗，以免再次发作。

5. 医嘱示范

长期医嘱	临时医嘱
口腔科护理常规	血常规＋出血、凝血时间
三级护理	尿常规
普通饮食	便常规
青霉素 640 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　iv drip,qd	肝功能、肾功能
	电解质(钾、钠、氯、钙)
替硝唑 100ml,iv drip,bid	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体
氯己定/甲硝唑(口泰)5ml,含漱,q2h	心电图
	胸片
	脓液培养及药敏试验(必要时)
	术前医嘱
	局麻下行右眶下脓肿切开引流术
	术前禁食 4h
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g 阿托品 0.5mg　im,术前 30min

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

术后长期医嘱		术后临时医嘱
口腔外科局麻术后护理常规		局麻术后护理常规
二级护理		血常规
流质饮食		尿常规
氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口液)5ml,漱口,q2h		便常规
或青霉素(640～800)万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml	iv drip,qd	脓液细菌培养+药敏试验

（三）中医会诊

1. 内治法

（1）风热初犯

［症状］　发病初期，患处红肿、坚硬，可有持续性牙痛及局部疼痛，伴有发热、头痛，舌质淡红，苔薄黄，脉数。

［治则］　清热解毒、疏风止痛。

［方药］　选用五味消毒饮加减。野菊花 15g，金银花 30g，蒲公英 15g，紫花地丁 12g，天葵子 12g，防风 12g，白芷 9g，蝉蜕 9g。

（2）胃火炽盛

［症状］　发病中期，已成脓，患处红肿、坚硬渐渐变软，甚者患处有波动感，可有持续性跳痛，脓溃后或切开后局部疼痛减轻，伴有壮热、恶寒、口臭、便秘，舌质红，苔黄厚，脉洪数。

［治则］　清胃泻火、消肿止痛。

［方药］　选用清胃汤加减。生石膏（先煎）30g，生地黄 12g，牡丹皮 9g，赤芍 9g，黄芩 9g，黄连 9g，夏枯草 9g，玄参 12g，皂角刺 1g，昆布 12g，升麻 6g，生甘草 6g。

（3）正虚邪恋

［症状］　疾病后期，久病不愈；患处红肿轻微，局部疼痛轻微，脓液清稀，疮口久不收口，久成瘘管；舌质淡，苔薄白，脉沉细。

［治则］　补益气血、托里排脓。

［方药］　选用托里消毒散加减。黄芪 18g，党参 15g，白术 12g，茯苓 12g，炙甘草 9g，当归 15g，白芍 12g，川芎 12g，金银花 30g，桔梗 12g，白芷 9g，皂角刺 12g。

2. 外治法

应在初期局部涂敷如意金黄散，脓未溃者用芙蓉膏、二味拔毒膏等，脓成应切开引流。久而不愈者用阳和解凝膏、真君妙贴散贴敷患处。早期还可用艾条灸局部 5～10min。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

二、颊间隙感染

（一）概述

颊间隙感染是临床上较为常见的间隙感染。颊间隙位于颊部皮下与口腔黏膜之间。上界为颧弓下缘，下界为下颌骨下缘；前界为笑肌的止端，后界为咬肌前缘。间隙内含颊肌、淋巴结、颌外动脉、面前静脉、腮腺导管及脂肪组织。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源　多为上下颌磨牙根尖脓肿，智齿冠周炎；此外，颌上淋巴结炎、局部创伤、疖、痈等也可引起。

（2）临床表现　颊部明显肿胀，形成黏膜下或皮肤下感染，红、肿、热、痛，功能障碍，炎症明显，当侵犯颊脂垫时，炎症发展迅速且剧烈，肿胀范围扩大。形成脓肿后可见龈沟隆起，或皮肤下波动感，以致破溃形成窦道。

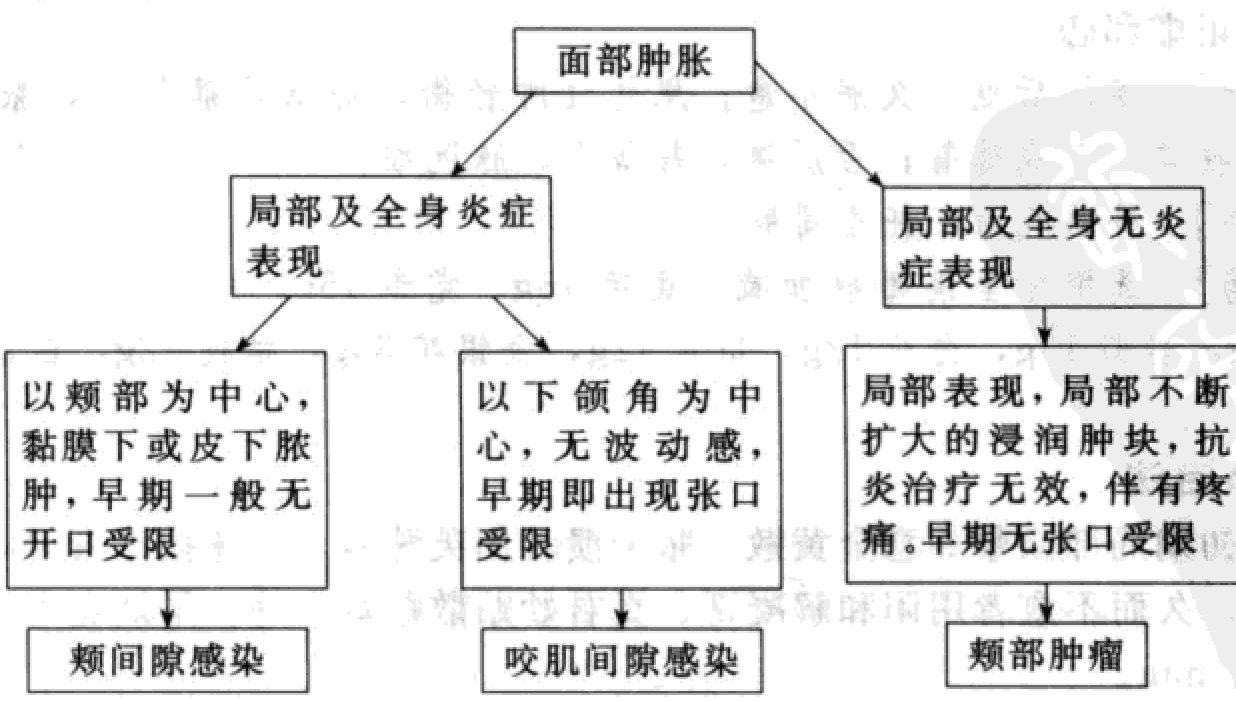
（3）B超检查　可确定肿胀的范围及有无脓肿形成。

（4）穿刺检查　脓肿穿刺可帮助确诊。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
面部肿胀	颊间隙感染	牙源性感染	以颊部为中心，局部表现为炎症，可有波动感，一般无张口障碍。	B超确定范围及脓肿
	咬肌间隙感染	牙源性感染	以下颌角为中心，局部肿胀，无波动感，凹陷性水肿，早期即张口障碍	B超显示咬肌下脓肿
	颊部肿瘤	肿瘤发生	良性肿瘤病史及肿块的良性外观；恶性肿瘤发展快，浸润皮肤，无炎症局部表现及全身表现	B超或CT可查见颊部肿块影

3. 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 治疗方案

（1）治疗原则　全身应用抗生素及支持治疗，局部脓肿形成后切开引流；炎症消散后，治疗病灶牙，防止复发。

（2）治疗措施

① 炎症早期。应及时治疗病灶牙，建立牙齿的炎症引流；同时积极全身应用抗生素。

② 脓肿形成期。如脓肿局限于黏膜与颊肌间，应及早在口内黏膜作横行切口，注意避免损伤腮腺导管；如脓肿位于皮肤与颊肌间，应作皮肤外切口，切口在下颌下 1.5cm 以下，建立脓肿引流。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”。

（三）中医会诊

参见“眶下间隙感染”。

三、咬肌间隙感染

（一）概述

咬肌间隙位于咬肌与下颌升支外侧骨壁之间。下界为下颌骨下缘，上界为颧弓下缘，前界为咬肌与下颌升支的前缘，后界为下颌升支的后缘。其内含少量脂肪组织和咬肌神经、血管。该间隙向前与颊间隙相通，上方与颞下间隙和颞浅间隙相通。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源　主要由下颌阻生智齿的冠周炎和下颌磨牙的根尖炎所引起；此外其他间隙的感染及升支骨髓炎也可引起。

（2）临床表现　咬肌区局限性肿胀或整个腮腺咬肌区的肿胀，伴有严重的疼痛和张口困难。由于表面有较厚的咬肌覆盖，该间隙的炎症不出现波动感，但可见凹陷性水肿，压痛明显。感染侵犯骨面可引起骨髓炎，突破咬肌后缘可引起腮腺炎；向上可引起颞间隙、颞下间隙、翼颌间隙感染；向前导致颊间隙感染。

（3）口腔检查　可见智齿冠周炎或根尖炎等原发病灶。

（4）影像检查　B 超可查见咬肌间隙内脓肿形成，X 线片可观察到升支骨髓炎及相应的病灶牙。

（5）穿刺检查　穿刺抽取脓液即可确诊。

2. 鉴别诊断

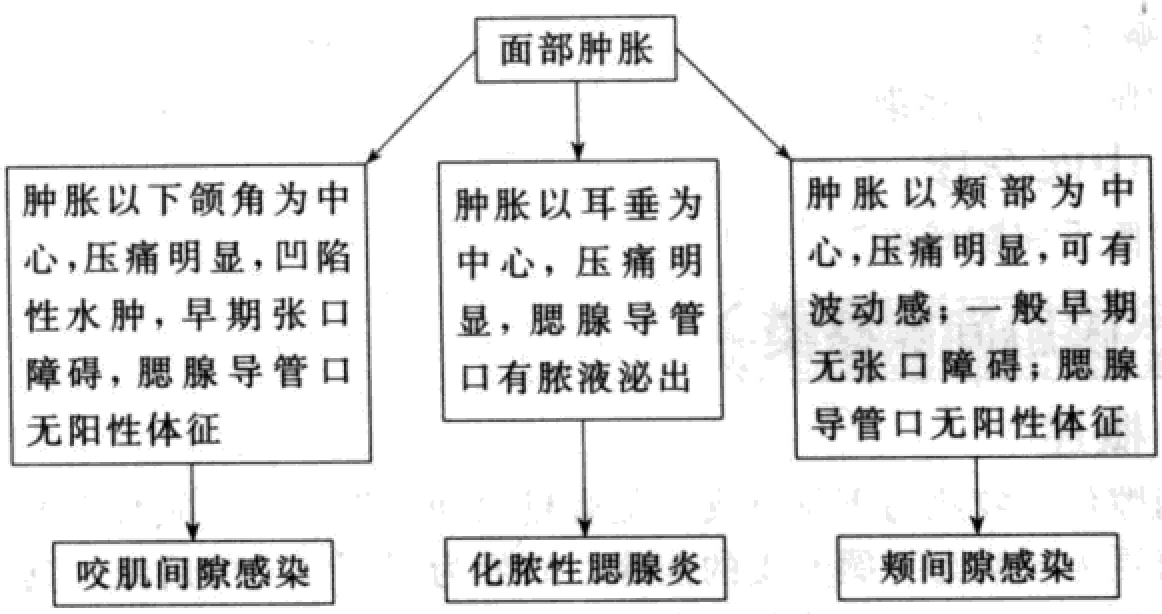
疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
面侧部肿胀	颊间隙感染	牙源性感染	以颊部中心，局部表现为炎症，可有波动感，一般早期无张口障碍	B 超确定范围及脓肿

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

疾病征象	疾病	病因	临 床 表 现	相关检查
面侧部肿胀	咬肌间隙感染	牙源性感染	以下颌角为中心,局部肿胀,无波动感,凹陷性水肿,早期即有张口障碍	B超显示咬肌下脓肿
	化脓性腮腺炎	腮腺内感染	早期以耳垂为中心肿胀,皮肤红肿,压痛明显,进食疼痛加重;腮腺导管口有脓性分泌物	B超见腮腺内有液化区

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则

① 全身应用抗生素,局部物理治疗或外敷中药。

② 及时治疗智齿冠周炎及磨牙根尖炎。

③ 脓肿形成后,应及时进行脓肿切开引流。

(2) 治疗措施　脓肿尚未形成时,及时治疗病源牙,使炎症及早得到引流,避免向周围扩散;同时视情况全身应用抗生素;脓肿形成后及时进行脓肿切开引流。咬肌间隙脓肿切开引流一般选择口外引流。即在颌下1.5～2cm处作切口,分开咬肌,放置引流条。由于患者多开口困难,口内视野不清,操作困难,口内切口应用较少。有些病人选择口内切口,应在下颌支外侧进入咬肌间隙,进行引流。

5. 医嘱示范

参见"眶下间隙感染"。

(三) 中医会诊

参见"眶下间隙感染"。

四、翼颌间隙感染

(一) 概述

翼颌间隙位于翼内肌与下颌升支之间。上界为翼外肌,下界为翼内肌在下颌

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频,微信公众号里搜索qzkqsp1(茄子口腔视频1首字母)即可关注

骨内侧缘的附丽，前界为颞肌及其在下颌升支前缘的附丽，后界为腮腺和下颌升支后缘。此间隙内有下颌神经、下牙槽血管及脂肪组织。由于该间隙较深，早期的感染很难发现。该间隙的感染向前向颊间隙扩散，向后可向咽旁间隙扩散；向上向颞下间隙及颞间隙扩散；向下到口底和颌下间隙。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源　下颌阻生智齿冠周炎、下颌磨牙根尖炎为最常见的原因，此外，医源性感染及腺源性感染亦可见到；血源性及外伤性感染少见。

（2）临床表现　一般无面部明显肿胀，但有明显的张口受限，咀嚼食物或吞咽食物困难；翼下颌韧带外侧和下颌角后内侧肿胀、压痛，颌下部肿胀，下颌骨下缘轮廓消失；可有凹陷性水肿。全身症状严重，高热，机体抵抗力降低。

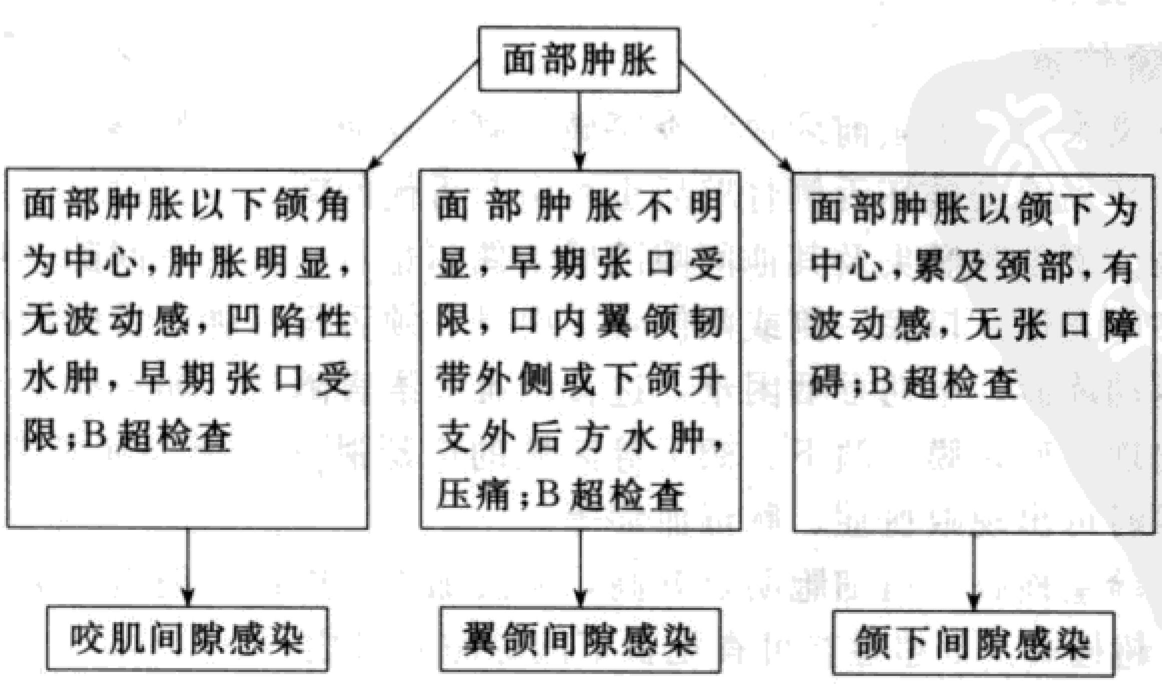
（3）脓肿穿刺　经翼颌间隙抽取脓液可帮助确诊。

（4）影像学检查　B超或CT可确定感染范围及有无脓肿形成。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
面部肿胀	翼颌间隙感染	牙源性感染	面部肿胀不明显，早期出现张口障碍，翼颌韧带外侧或下颌角后内侧肿胀，凹陷性水肿	B超或CT确定范围及脓肿
	咬肌间隙感染	牙源性感染	以下颌角为中心，局部肿胀明显，无波动感，凹陷性水肿，早期即有张口障碍	B超显示咬肌下脓肿
	颌下间隙感染	牙源性或腺源性感染	肿胀以颌下区为主，可有波动感，一般无张口障碍	B超显示颌下区脓肿形成

3. 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 治疗方案

（1）治疗原则

① 全身应用抗生素，注意支持治疗。

② 脓肿形成后，要及时切开引流。

（2）治疗措施

① 全身应用抗生素，可联合用药；药敏结果出具后根据药敏结果调整抗生素的用药。

② 早期应及时处理病源牙，可及时将炎症控制；开口受限后，则应在炎症缓解，开口度恢复后治疗病灶牙。

③ 脓肿切开引流术。

a. 口内切口。在翼颌韧带的外侧作纵行切口，长约 2cm，分离进入翼颌间隙，放置引流条。

b. 口外切口。切口选在下颌下缘下 2cm，切断部分翼内肌的附着，进入翼颌间隙，放置引流管。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”。

（三）中医会诊

参见“眶下间隙感染”。

五、舌下间隙感染

（一）概述

舌下间隙又称口底间隙，位于口底黏膜与下颌舌骨肌之间，外侧为下颌体内侧面，内侧为颏舌肌及舌骨舌肌，后界为舌根。间隙内存在舌下腺、颌下腺深部及导管、舌神经及舌动脉、静脉等。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源　下颌前牙根尖炎穿破舌侧骨皮质引起舌侧感染是最常见的原因；下前牙牙周感染破坏舌侧骨壁后也可引起舌侧间隙感染；口底黏膜损伤，拔牙创面感染、下颌骨髓炎及其他间隙的感染偶尔也可引起舌下间隙感染。

（2）临床表现　口底一侧或两侧舌下肉阜、颌舌沟水肿，舌体抬高，向健侧移位；舌运动障碍，早期吞咽困难，进食困难及语言障碍。如炎症累及口底多个间隙，可出现口底黏膜、颌下、颏下等区域的广泛肿胀，全身症状明显，高热、寒战，严重时可出现败血症、脓毒血症等。

（3）实验室检查　白细胞明显升高，血沉加快，中性粒细胞比例升高。

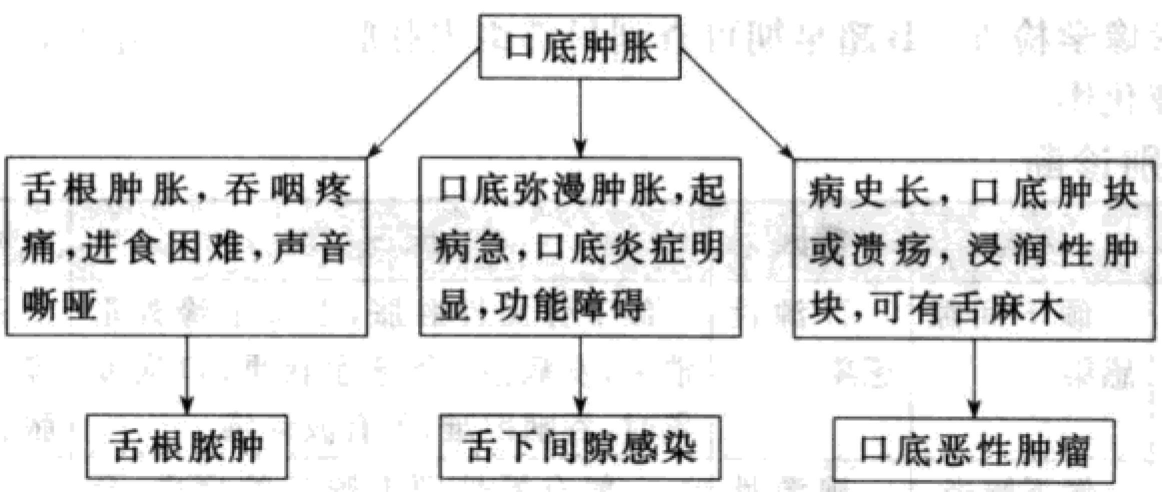
（4）B超检查　B超检查可查见舌下间隙脓肿形成。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
口底肿胀	舌下间隙感染	牙源性感染	口底弥漫性肿胀，发病急，全身症状重；口底肿胀等炎症症状明显，吞咽困难；可有波动感	B超或CT确定范围及脓肿
	舌根脓肿	腺源性感染	表现为舌根肿胀，吞咽疼痛，进食困难，加重时出现声音嘶哑，呼吸困难，全身症状更重	B超显示舌根脓肿
	口底恶性肿瘤		病史长，发病相对较缓；逐渐加重，口底浸润肿块，炎症不明显；侵犯舌，使舌固定，舌麻木	病理检查可确诊

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则

① 与其他间隙感染相同，全身应用抗生素，加强支持治疗。

② 脓肿形成后，及时进行脓肿切开。

（2）治疗措施

① 全身应用抗生素，输液加强支持治疗，缓解症状。

② 在口底肿胀波动部位切开引流，注意勿伤口底的舌动脉、舌静脉、舌神经及颌下腺导管。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”。

（三）中医会诊

参见“眶下间隙感染”。

六、颌下间隙感染

（一）概述

颌下间隙位于颌下三角，是指二腹肌前腹、后腹与下颌骨下缘之间围成的三

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

角形间隙。表面为皮肤、皮下组织、颈阔肌和颈深筋膜浅层，底为下颌舌骨肌和舌骨舌肌。其内含颌下腺、颌下淋巴结、颌外动脉、面浅静脉及脂肪组织。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源　主要有牙源性感染和腺源性感染两种。牙源性感染主要由下颌磨牙的根尖炎症、智齿冠周炎、牙周炎引起。腺源性感染多发于儿童，由上呼吸道疾病引起淋巴结炎症；化脓性颌下腺炎也可引起颌下间隙感染。

（2）临床症状　颌下三角肿胀、压痛，下颌下缘轮廓消失，可出现凹陷性水肿，有波动感。颌下间隙感染可向舌下间隙扩散，引起舌运动疼痛、吞咽困难，它也可向颏下间隙、翼颌间隙、咽旁间隙等处扩散，从而引起相应症状。全身症状明显，高热、寒战，乏力等。

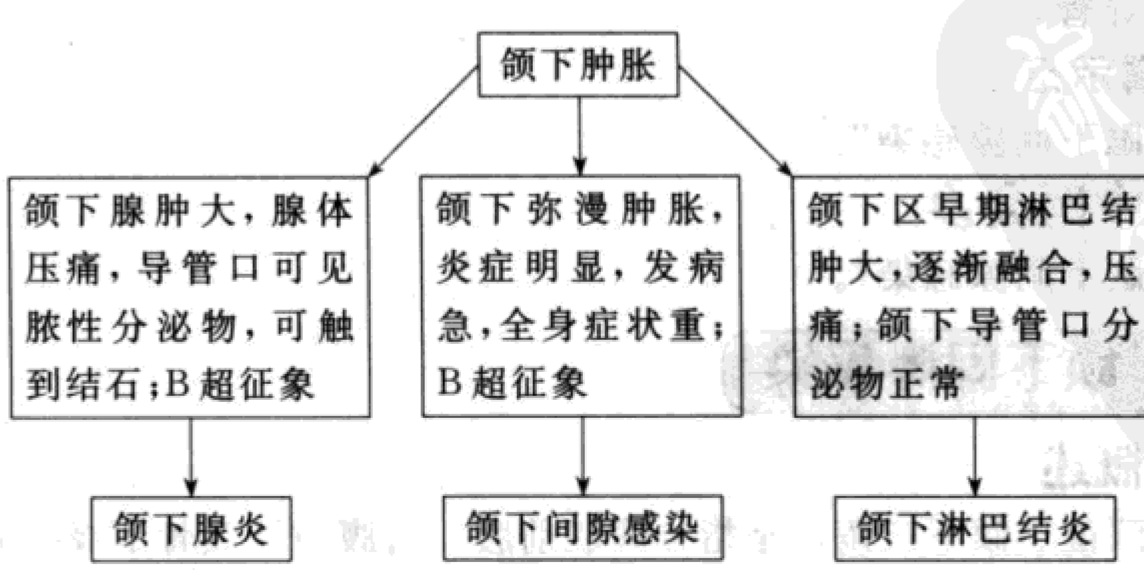
（3）实验室检查　白细胞明显升高，中性粒细胞比例增高，红细胞沉降率增高。

（4）影像学检查　B超早期可查到局部组织肿胀，淋巴结肿大，脓肿形成期则可见到液化影。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
颌下肿胀	颌下间隙感染	牙源性感染	颌下弥漫性肿胀，下颌下缘外形消失；发病急，全身症状重；口底受累时，吞咽困难；可有波动感	B超或CT确定范围及脓肿
	颌下腺炎	腺源性感染	一般有慢性颌下腺炎的病史，急性发作时出现颌下肿胀，颌下腺肿大，压痛；颌下导管口发红，挤压颌下腺导管口流出脓液并可触到结石	B超示颌下腺肿大，导管扩张
	颌下淋巴结炎	腺源性感染	颌下区急性炎症，位置表浅，早期表现为淋巴结肿大，渐融合，颌下腺分泌液正常，多见于幼儿	B超示颌下淋巴结肿大

3. 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 治疗方案

(1) 治疗原则

① 全身应用抗生素，加强支持治疗。

② 及时治疗病源牙，引流炎症病灶。

③ 脓肿形成后，及时切开引流。

(2) 治疗措施 全身足量应用抗生素，如有分泌物，应通过药敏试验确定敏感的抗菌药物。脓肿形成后及时进行脓肿切开，切口在下颌下 2cm，切开皮肤、皮下组织、颈阔肌，分离进入脓肿腔隙内，放置引流条建立引流，同时注意保持引流的通畅。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”

(三) 中医会诊

参见“眶下间隙感染”。

七、颞下间隙感染

(一) 概述

颞下间隙位于颞骨下方，上界为蝶骨大翼下方的颞下面和颞下嵴；下界为翼外肌下缘水平，并与翼下颌间隙分界；前界为上颌结节及上颌骨颧突后面；后界为下颌骨髁突、茎突及其附着肌肉；内界为蝶骨翼突外板的外侧面；外界为下颌支上份外侧面、喙突及颧弓。间隙内含有颌内动脉、颌内静脉、翼静脉丛，三叉神经第二、三支的分支及脂肪组织，可与颞、颊、翼颌、翼腭、咽旁等间隙相连通，并借骨孔与眶内、颅内连通。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 感染来源

① 多来自于临近间隙如翼颌间隙、颊间隙等感染扩散。

② 其次医源性的局麻注射如上颌结节、圆孔、卵圆孔麻醉，因消毒不严可将感染带入。

③ 偶尔也可由上颌磨牙的根尖周感染或拔牙后感染引起。

(2) 临床表现

① 单独颞下间隙感染少见，一般外观症状不明显，可有颧后区和颧弓上下部疼痛，张口受限，张口时疼痛增加；并可于颧弓部或下颌后方发现肿胀、压痛。

② 临床常为多间隙感染，如合并颞、颊、翼颌间隙感染，可伴有颞部、颊部、腮腺、咬肌区和口内上颌结节区的肿胀疼痛；炎症还可通过骨孔进入颅内形成感染或引起海绵窦血栓性静脉炎。

(3) 辅助检查 由于颞下间隙位置深在，脓肿形成一般不易看出，常需借助

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

穿刺或超声检查。常用穿刺方法有两种。

① 口内法。从上颌结节外侧颊黏膜皱褶处往上后方进针可直达颞下间隙。

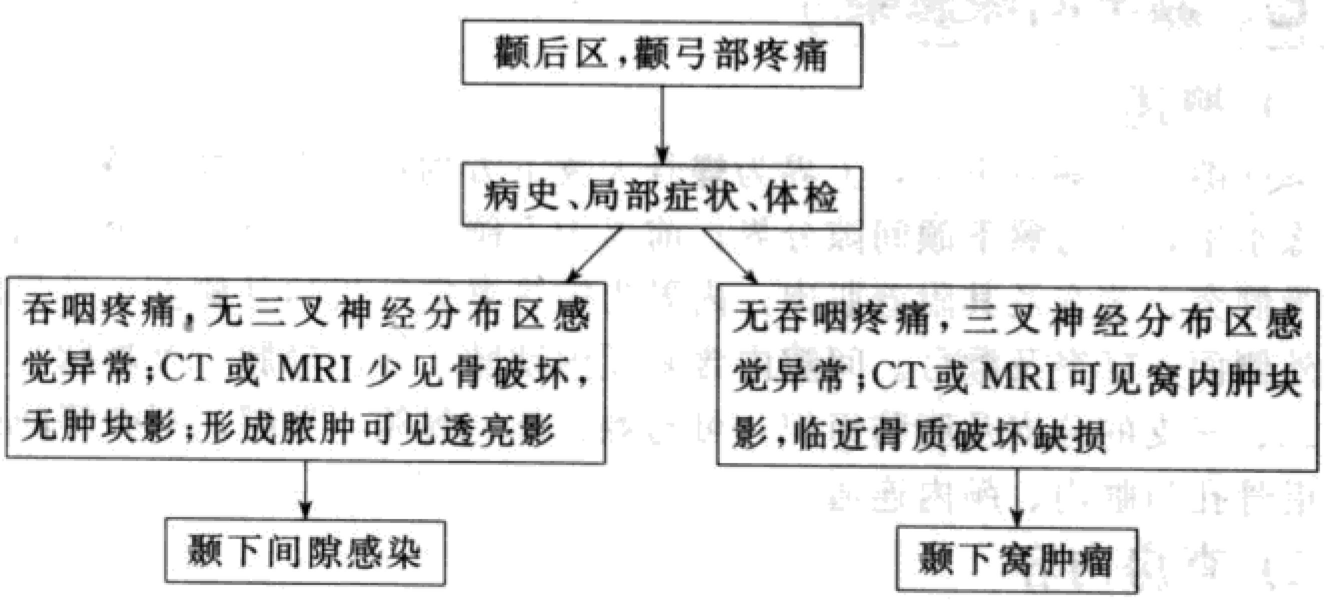
② 口外法。从颧弓下方与乙状切迹之间，与皮肤表面垂直进针，可达颞下间隙。

(4) 实验室检查　外周血白细胞明显升高，核左移。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
颧后区肿痛	颞下间隙感染	临近间隙感染扩散或医源性感染	常有吞咽疼痛；无三叉神经分布区感觉异常	CT或MRI少见骨质破坏，窝内密度弥漫性升高，无肿块影；形成脓肿时可见透亮影
	颞下窝肿瘤	局部细胞恶变，非炎症性	无吞咽疼痛；有三叉神经分布区感觉异常	CT或MRI可见窝内肿块影，临近骨质破坏、缺损

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则　与一般口腔颌面部蜂窝织炎的治疗原则相同。全身应用抗生素治疗，局部待脓肿形成后及时切开引流。

(2) 切开引流途径

① 口内法。从上颌结节外侧口腔前庭黏膜转折处切开，用血管钳钝性分离，沿下颌升支喙突内侧与颞肌肌腱往上后方分离进入脓腔。

② 口外法。从下颌角往下做弧形切口，切断颈阔肌，通过下颌升支后缘与翼内肌后缘之间进入脓腔；或者从颞部发际内垂直切开皮肤，分离颞肌并向颧弓方向钝性分离进入脓腔。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”。

(三) 中医会诊

参见“眶下间隙感染”。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

八、咽旁间隙感染

（一）概述

咽旁间隙位于咽腔侧方的咽上缩肌与翼内肌和腮腺深叶之间，呈锥形。底向上通颅底，尖向下达舌骨大角平面，内界为咽上缩肌，外界为翼内肌和腮腺深叶，前界上方有颊筋膜与翼下颌韧带，下方在颌下腺之上，后界为椎前筋膜的外侧份。它常又分为两个间隙，前方为茎突前间隙，其内含有咽升动脉、颌外动脉的扁桃体支及淋巴结和疏松结缔组织；后方为茎突后间隙，其内含有颈内动脉、静脉，舌咽神经，迷走神经，副神经和舌下神经。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源

① 多数来源于牙源性炎症，如下颌智齿冠周炎等。

② 由邻近的翼颌间隙、颌下间隙等的化脓性炎症扩散而来。

③ 来源于腺源性炎症，如腭扁桃体炎、颌下腺炎、腮腺炎或颈深上淋巴结炎症蔓延。

（2）临床表现

① 主要表现为咽侧壁红肿，腭扁桃体突出，肿胀波及软腭、舌腭弓和咽腭弓，伴有翼颌间隙、颌下间隙感染时肿胀更为广泛。

② 局部疼痛剧烈，吞咽、进食疼痛明显，并可向耳部扩散。进食困难，张口受限。

③ 可伴有喉头水肿，出现声嘶及不同程度的呼吸困难和进食呛咳。

④ 全身症状明显，尤其是继发多个间隙感染时，常有持续性高热、寒战等，并可产生严重并发症，如败血症、脓毒血症、肺部感染、颈部静脉血栓性静脉炎等。

（3）辅助检查　咽旁间隙位置深在，脓肿形成与否一般采用穿刺方法确诊。穿刺系经口内翼下颌皱襞内侧进入咽上缩肌与翼内肌之间，抽出脓液即可确诊。

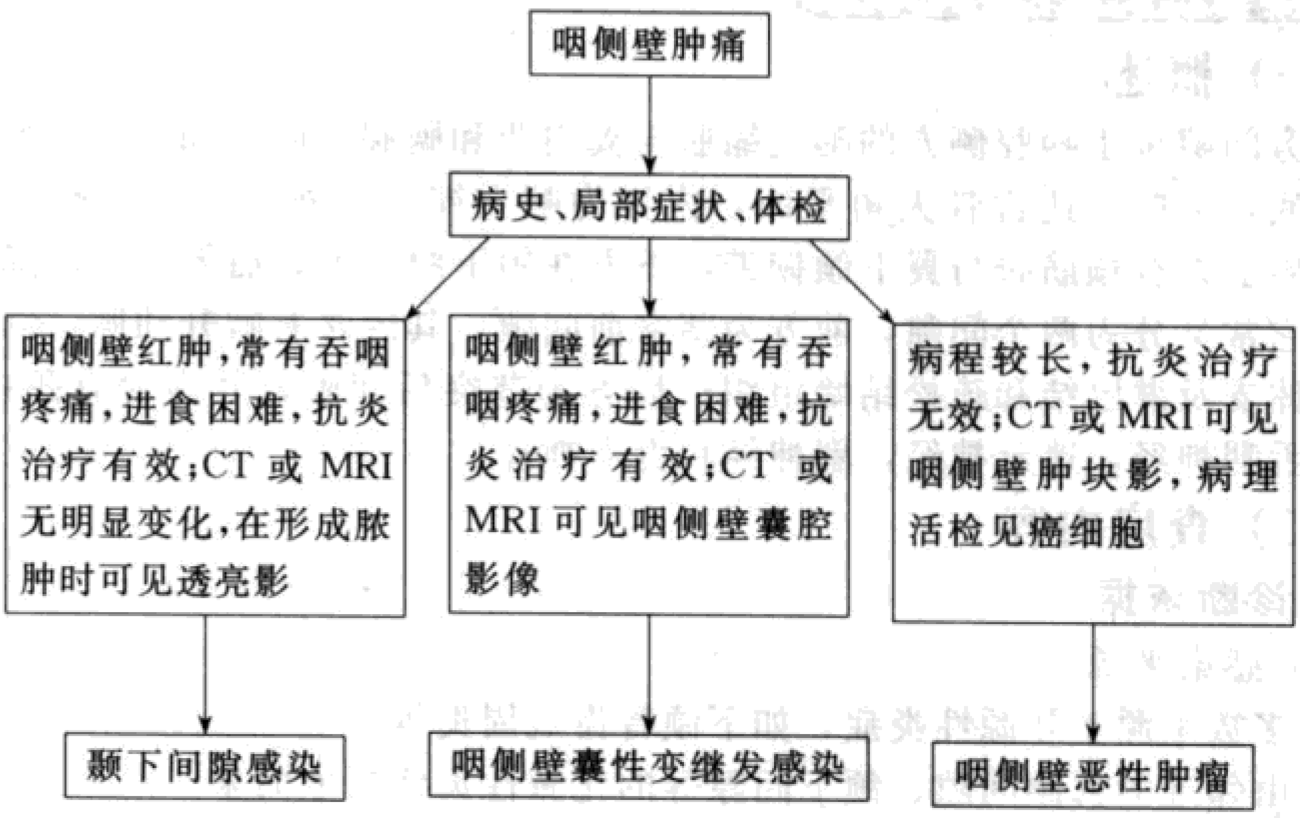
（4）实验室检查　外周血白细胞明显升高，核左移。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
咽侧壁肿痛	咽旁间隙感染	牙源性感染或临近间隙感染扩散	咽侧壁红肿，常有吞咽疼痛，进食困难，抗炎治疗有效	CT或MRI无明显变化，在形成脓肿时可见透亮影
	咽侧壁囊性变继发感染	局部组织囊性变		CT或MRI可见咽侧壁囊腔影像
	咽侧壁恶性肿瘤	局部细胞恶变	病程较长，抗炎治疗无效	CT或MRI可见咽侧壁肿块影，病理活检见癌细胞

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　与一般口腔颌面部蜂窝织炎的治疗原则相同。全身应用抗生素治疗，局部待脓肿形成后及时切开引流。

（2）切开引流途径

① 口内法。适用于开口度正常者，在翼下颌皱襞稍内侧切口，仅切开黏膜层，以免损伤间隙内主要的血管、神经，切开后沿翼内肌内侧钝性分离，即可进入脓腔。

② 口外法。适用于张口受限者，以下颌角为中心，距下颌下缘下 2cm 处做 5cm 长弧形切口，分离颈阔肌、下颌舌骨肌，沿翼内肌内侧向上、前、内方向钝性分离，进入咽旁间隙。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”。

（三）中医会诊

参见“眶下间隙感染”。

九、口底间隙感染

（一）概述

口底间隙感染是颌面部最严重的炎症之一，是一种多间隙同时感染的疾病，通常波及双侧颌下、舌下及颏下间隙。下颌骨下方、舌及舌骨之间有多种肌肉，其走行互相交错，在肌肉之间、肌肉与颌骨之间充满着疏松结缔组织及淋巴结，从而形成了颌下、舌下及颏下间隙之间的互相沟通，因此一个间隙的感染，易向各间隙蔓延而引起广泛感染。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

根据病原菌种类的不同，口底间隙感染可分为化脓性和腐败坏死性两种，后者又称路德维希咽峡炎（Ludwig's angina）。化脓性口底间隙感染的病原菌主要是葡萄球菌、链球菌；腐败坏死性口底间隙感染的病原菌主要是厌氧菌和腐败坏死性细菌，常为混合感染。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源

① 主要为牙源性感染，如来自下颌牙的根尖周炎、冠周炎、牙周脓肿、骨膜下脓肿、颌骨骨髓炎等。

② 腺源性感染，如来自于颌下腺炎、淋巴结炎、急性扁桃体炎。

③ 损伤性感染，如来源于口底软组织和颌骨的损伤。

（2）临床表现

① 化脓性口底间隙感染。

a. 炎症常始发于一侧颌下间隙或舌下间隙，出现局部肿胀、疼痛等症状。

b. 炎症扩散到整个口底间隙时，双侧颌下、舌下及颏部呈弥漫性肿胀。

c. 颌周自发性剧痛，灼热感，皮肤表面红肿坚硬，触诊局部皮肤有压痛，脓肿形成时有波动感。

d. 全身症状严重，多伴发热、寒战，体温达39～40℃或以上。

② 腐败坏死性口底间隙感染。

a. 软组织副性水肿非常广泛，范围可扩延，上至面颊部，下至颈部锁骨水平，甚至到前胸部，肿胀区皮肤呈紫红色。

b. 颌周自发性剧痛，局部红热不明显，可触及捻发音。

c. 口底黏膜水肿，舌体抬高，前牙呈开㿻状态；舌下肉阜黏膜出血、瘀斑明显；舌运动受限引起语言不清、吞咽困难；如肿胀向后方发展可出现呼吸困难，严重者可出现三凹征，并有发生窒息的危险。

d. 全身中毒反应明显，体温不高，甚至在38℃以下，但脉搏快、弱，甚至血压下降，常可出现严重并发症，如败血症、脓毒血症、纵隔炎等。

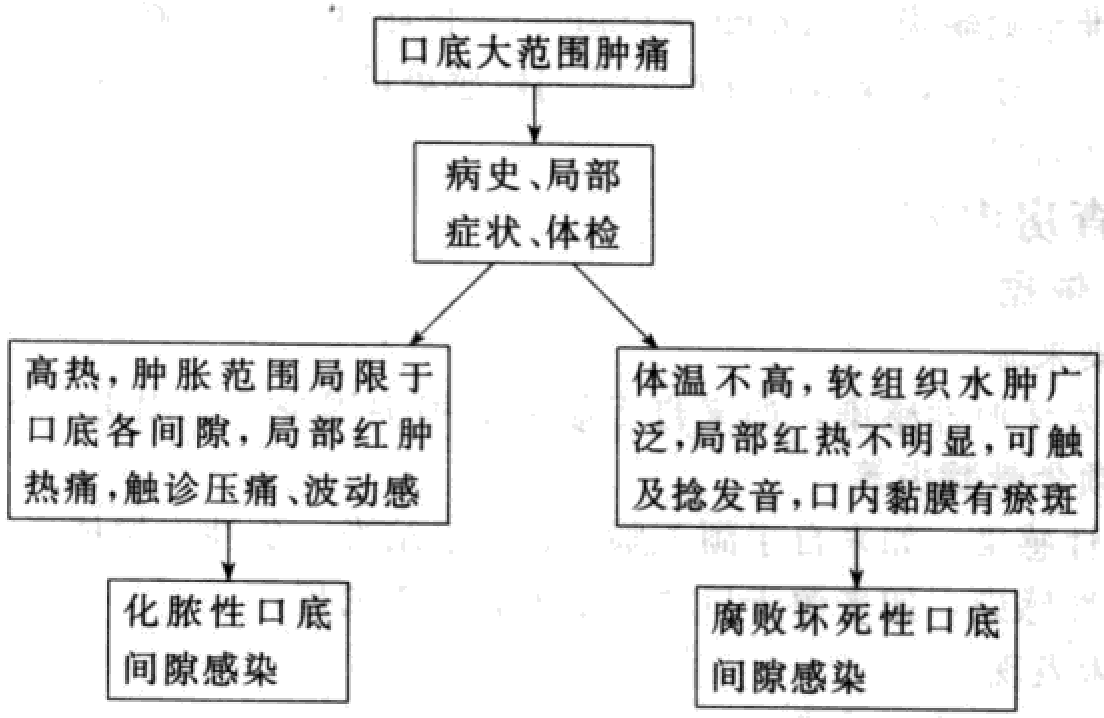
（3）实验室检查　外周血白细胞明显升高，核左移。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
口底肿痛	化脓性口底间隙感染	葡萄球菌、链球菌感染	高热，肿胀范围局限于口底各间隙，局部红、肿、热、痛，触诊压痛、波动感	脓液细菌培养为葡萄球菌、链球菌
	腐败坏死性口底间隙感染	厌氧菌、腐败坏死性细菌感染	体温不高，软组织水肿广泛，局部红热不明显，可触及捻发音，口内黏膜有瘀斑	脓液细菌培养为厌氧菌、腐败坏死性细菌

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　首先全身应用广谱抗生素，控制炎症发展；其次着重全身支持治疗，输液输血、吸氧、维持水、电解质平衡；还应及时行脓肿切开引流。

（2）切开引流术

① 一般根据肿胀范围或脓肿形成的部位，从口外进行切开。选择皮肤发红、有波动感部位切开，如果脓肿部位难以确定，则先行穿刺，以确定脓肿部位，再行切开。

② 如果肿胀波及整个颌周或已有呼吸困难，则应做广泛性切开，其切口最常采用在双侧颌下、颏下做与下颌骨平行的“倒T形”切口，切开后应充分分离口底肌肉，使口底各个间隙的脓液均能得到充分引流。

③ 脓腔应用3% H_2O_2 或1：5000高锰酸钾反复冲洗，并置橡胶管引流。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”。

（三）中医会诊

参见“眶下间隙感染”。

十、颏下间隙感染

（一）概述

颏下间隙位于舌骨上区、颏下三角内，前界为下颌骨颏部正中联合，后界为舌骨，两侧界为二腹肌前腹，上界为下颌舌骨肌；其内含有淋巴结及少量脂肪组织。颏下间隙借下颌舌骨肌、颏舌骨肌与舌下间隙相隔，两侧与颌下间隙相通。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

① 主要为腺源性感染，颏部皮肤和下颌前牙的各种炎症、口腔黏膜溃疡、口炎等引起的颏下淋巴结炎，可继发颏下间隙感染。

② 颏部骨髓炎突破唇侧骨板也可直接侵犯颏下间隙。

(2) 临床表现

① 由于颏下间隙感染多继发于颏下淋巴结炎，故病情进展缓慢。早期肿胀仅局限于淋巴结，临床症状不明显。

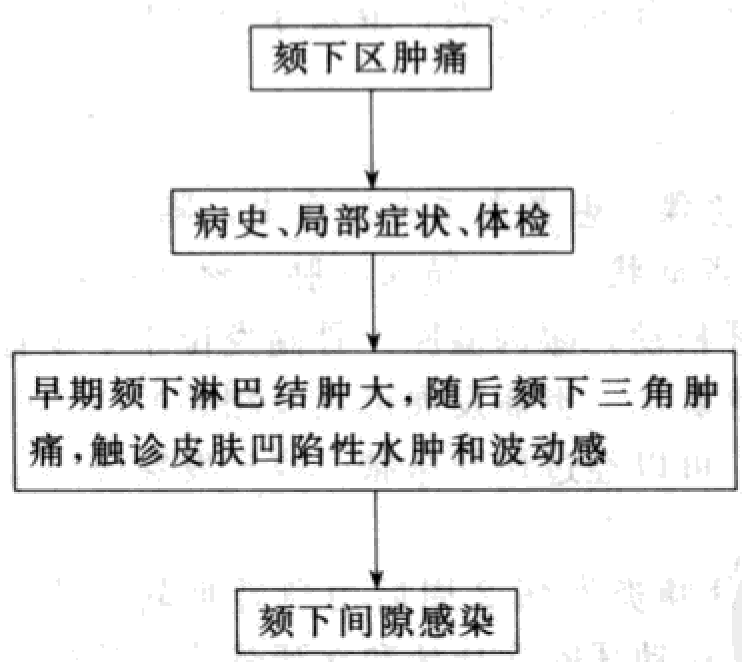
② 当淋巴结炎症扩散至结外后，肿胀范围扩大至整个颏下三角区，皮肤充血、疼痛，形成脓肿后触之有凹陷性水肿和波动感。

③ 感染向后波及颌下间隙时，可出现相应颌下症状。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
颏下肿胀	颏下间隙感染	腺源性感染	颏下弥漫性肿胀，颏下缘外形消失；发病急，全身症状重；口底受累时，吞咽、呼吸困难；可有波动感	B超确定范围及脓肿
	颏下肿物	囊肿或肿瘤	颏下区隆起，病史较长，可有边界，无局部压痛，可有生长史	B超或CT明确肿物周界、性质

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则　与一般口腔颌面部蜂窝织炎的治疗原则相同。全身应用抗生素治疗，局部待脓肿形成后及时切开引流。

(2) 切开引流途径　于颏下肿胀最明显处行横行切口，分离颈阔肌、颈深筋膜后进入颏下间隙。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（三）中医会诊

参见“眶下间隙感染”。

第七节 颌骨骨髓炎

由于细菌感染以及物理化学因素，使颌骨产生的炎性病变，称为颌骨骨髓炎。它的炎症范围并不局限于骨髓腔内，而是波及一定范围内的整个颌骨组织成分，包括骨膜、骨密质和骨髓等。根据致病因素的不同，可分为化脓性、特异性、物理性（放射性）和化学性（药物性）等；根据颌骨病变的位置，又可分为中央性和周围性。

一、中央性颌骨骨髓炎

（一）概述

中央性颌骨骨髓炎多在急性化脓性根尖周炎和根尖脓肿的基础上发生。炎症首先在骨髓腔内发展，再由颌骨中央向外扩散，可累及骨密质及骨膜。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）感染来源　常为牙源性感染，继发于急性化脓性根尖周炎和根尖脓肿，多发生于下颌骨。

（2）临床表现

① 急性期。发病急骤，患者常先有牙病史，随后全身发热（体温可达 38～40℃），常出现全身中毒症状。患处局部红肿，疼痛剧烈，并有放射痛。除病灶牙外，可有相邻多数牙松动，龈沟溢脓。骨髓炎位于下颌骨者，可有不同程度的张口受限，常出现下唇麻木。炎症发展可延及相邻的组织间隙，典型过程在红肿后 5 天左右形成脓肿。可以经过切开排脓，或自发穿破口腔黏膜和面部皮肤的薄弱区引流。

② 慢性期。颌骨骨髓炎发病 2 周后由急性期转为慢性期。此时体温正常，局部红肿、疼痛减轻，松动牙除病灶牙和在死骨块上的牙外，可逐渐牢固，但下唇麻木持续较久。口腔内及面部皮肤形成多个流脓瘘孔，并有大量炎性肉芽组织增生。经由瘘孔探诊，可触及粗糙骨面。当死骨形成时，可能触及活动死骨块。如形成大块死骨可发生病理性骨折。

（3）颌骨 X 线片　急性期常看不到骨质破坏，一般在急性期 2～4 周后才可见到明显骨质改变。早期骨呈弥散的虫蚀状透光区，慢性期可见密度较高的死骨与正常骨分离。

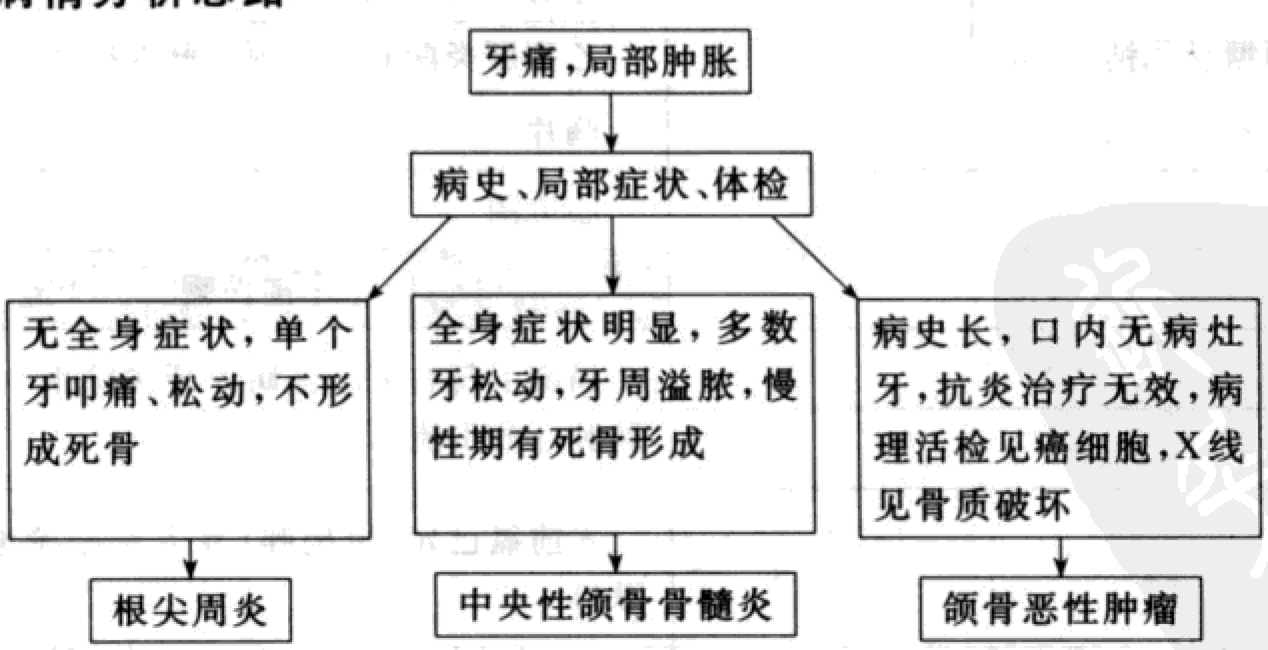
（4）实验室检查　外周血白细胞明显升高，核左移。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
面部肿胀	中央性颌骨骨髓炎	化脓性根尖周炎和根尖脓肿	病变弥漫；病灶牙多数松动；病变多在颌骨体	慢性期X线示病变明显，可有大块死骨，与周围骨质分界清楚
	周围性颌骨骨髓炎	下颌智齿冠周炎	病变局限；病灶牙多无松动；病变多在下颌角及升支	慢性期X线示骨质疏松脱钙或增生硬化，或有小块死骨，与周围骨质无明显分界
	急性化脓性根尖周炎、根尖脓肿	继发于龋齿、牙髓炎	多无全身症状；个别病灶牙松动；无下唇麻木症状；炎症不形成死骨	X线示病变局限于病灶牙周围，无死骨形成
	下颌骨中央性骨肉瘤	下颌骨内细胞恶变	病程较长；口内多无病灶牙；肿瘤无消长史，抗炎治疗无效	X线片或CT可见下颌骨内骨质破坏，无死骨形成，病理活检有肿瘤细胞
	上颌骨中央性颌骨骨髓炎	牙源性感染	发病急骤，病程发展快；口内可见病灶牙；肿胀时大时小，抗炎治疗有效	慢性期X线示颌骨病变明显，可有大块死骨，与周围骨质分界清楚
	上颌窦癌	上颌窦内细胞恶变	病程较长；口内多无病灶牙；肿瘤缓慢增大，无消长史，抗炎治疗无效	X线片或CT可见上颌窦内肿物影像，病理活检有癌细胞

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则　急性期主要是大量有效的抗生素治疗和全身支持疗法。如脓

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

肿形成，及时引流排脓。慢性期则以摘除死骨为主。

(2) 治疗措施

① 急性期根据细菌培养和药敏试验结果，选用足量有效抗生素。早期可考虑及时拔除病灶牙和相邻松动牙，以利引流。如已形成骨膜下脓肿或颌面部蜂窝织炎，应及时在相应部位切开引流。

② 慢性期首先应拔除病灶牙。如死骨形成则及时摘除死骨，刮除炎性肉芽组织，清除病灶。

a. 手术指征。ⅰ) 久治不愈的慢性瘘管，长期流脓，或从瘘管探得骨面粗糙，甚至发现有活动的死骨。ⅱ) 一般慢性中央性颌骨骨髓炎死骨的形成约在发病后 3～4 周，病变广泛弥漫者则需 5～6 周。X 线检查可明确死骨的形成，并确定手术的时机和范围。ⅲ) 病员全身条件能耐受手术。

b. 术中注意事项。ⅰ) 手术除摘除死骨外，尚应彻底刮除不健康的炎性肉芽组织；ⅱ) 上颌骨手术中如发现病变已波及上颌窦时，应同时行上颌窦根治术；ⅲ) 下颌骨手术中注意勿损伤下牙槽神经。

c. 术后处理。ⅰ) 术后应配合抗菌药物治疗。ⅱ) 术区引流条在术后 2 天抽出，缝线 7 天拆除。ⅲ) 下颌骨死骨摘除后，为防止病理性骨折，可采用单纯结扎或颌间夹板固定。如颌骨缺损较多，可于后期行骨移植术或义颌修复。

5. 医嘱示范

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规＋出血、凝血时间
二级护理	尿常规
流质饮食	便常规
替硝唑 100ml,iv drip,bid	肝功能、肾功能
青霉素 800 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　iv drip,qd	电解质(钾、钠、氯、钙)
	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体
	胸片
	心电图
	术前医嘱
	局麻下行右下颌骨病源牙拔除术＋骨髓腔脓肿开放引流术
	术前氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口水)漱口
	苯巴比妥(鲁米那) 0.1g 阿托品 0.5mg　im,术前 30min

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科局麻术后护理常规	5%葡萄糖氯化钠 500ml 维生素 C 2.0g　iv drip
二级护理	
流质饮食	血常规
氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口液)漱口,tid	脓液细菌培养+药敏试验
青霉素 800 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　iv drip,qd	

(三) 中医会诊

1. 邪毒炽盛

[症状] 本病多见于下颌骨，初起下颌骨疼痛，逐渐加剧，多个牙齿松动，不敢咬物，咬则疼痛剧烈，患侧脸颊红肿灼热，并可穿溃流脓。溃后症状虽略减轻，但溃口不易愈合，口唇有麻木感，张口困难。全身可有憎寒壮热，头痛，口臭，便秘。舌红苔黄或黄腻，脉弦数。

[治则] 祛风散炎，清热解毒。

[方药] 选用清阳散火汤加减。荆芥 6g，防风 6g，白芷 10g，牛蒡子 12g，白蒺藜 10g，升麻 6g，黄芩 15g，生石膏 30g（先煎），连翘 15g，当归 10g，甘草 6g。

2. 正虚邪实

[症状] 溃口日久不愈，流脓清衡，有腐骨形成，从溃口流出，或溃口凹陷；周围皮肤紫暗，肌肉渐萎，患侧牙齿脱落。全身有微热，头晕目眩，精神困倦，面色无华，食少，形寒畏冷。舌淡苔白，脉细弱。

[治则] 补养气血，托毒外出。

[方药] 选用中和汤加减。党参 15g，北黄芪 15g，白术 10g，大枣 15g，白芷 10g，桔梗 10g，川芎 10g，当归 10g，肉桂 10g，生姜 6g，白芍 12g，甘草 6g。

二、周围性颌骨骨髓炎

(一) 概述

周围性颌骨骨髓炎炎症首先侵犯骨膜，发生骨膜炎或形成骨膜下脓肿，然后再累及骨密质。好发于下颌骨，以升支及下颌角部居多。多在颌周间隙感染的基础上发生。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 感染来源　常为牙源性感染，多见于下颌智齿冠周炎，感染累及咬肌间隙或翼颌间隙后继发。

(2) 临床表现

① 急性期。症状类似颌周间隙感染，局部红、肿、热、痛，张口受限，可

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

伴全身发热。

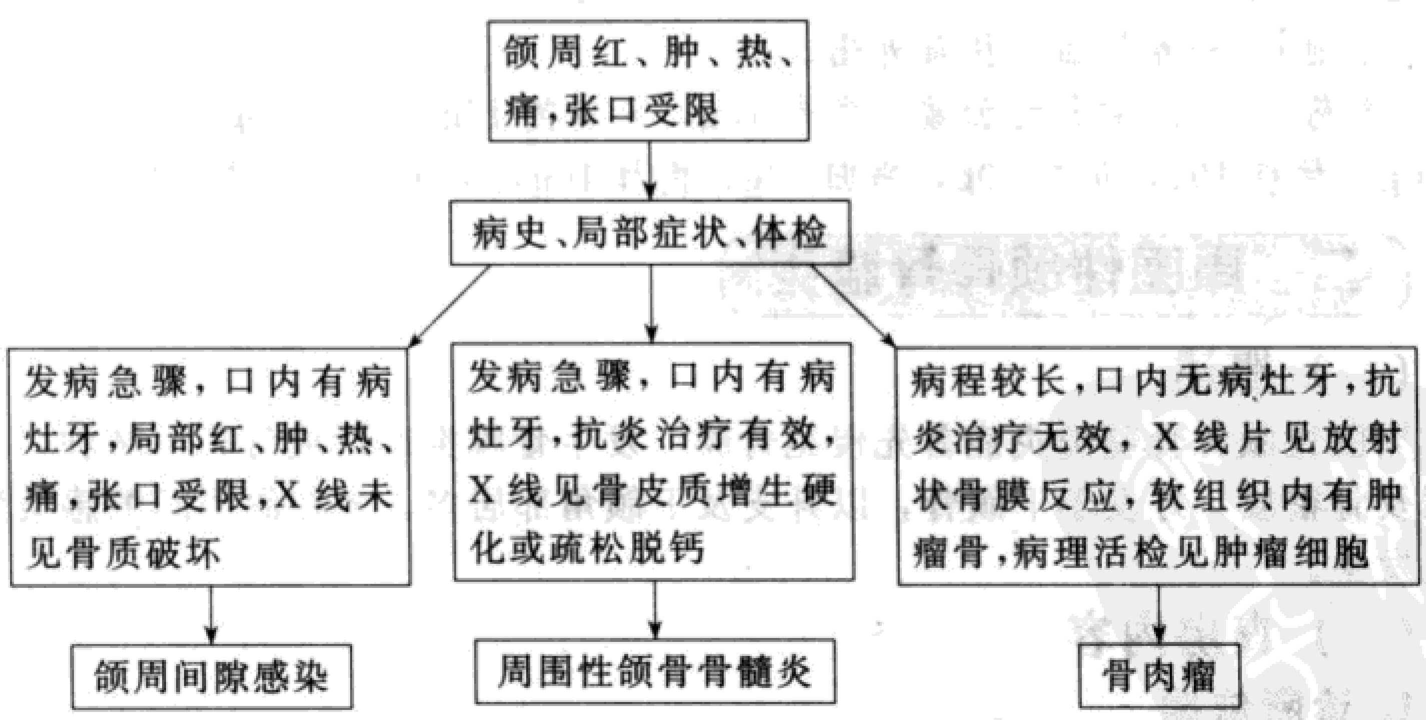
② 慢性期。病程延续较长，常反复发作。腮腺咬肌区弥漫性肿胀，质硬，轻微压痛；多有张口受限，进食困难。口内外常见排脓瘘管，无明显肉芽组织增生。全身症状不明显。

(3) 颌骨X线片　慢性期可见骨质疏松脱钙（溶解破坏型）或骨质增生硬化（增生型），或有小块死骨，与周围骨质无明显分界。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
面部肿胀	下颌骨周围性颌骨骨髓炎(增生型)	牙源性感染	发病急骤，病程发展快；口内可见病灶牙；局部肿胀、溢脓，瘘管形成，抗炎治疗有效	慢性期X线片示骨皮质增生硬化，骨质为致密影像
	颌周间隙感染	牙源性感染	发病急骤，病程发展快；口内可见病灶牙；局部红、肿、热、痛，张口受限，抗炎治疗有效	X线片未见下颌骨骨质破坏
	下颌骨骨肉瘤	下颌骨内细胞恶变	病程较长；口内无病灶牙；颌骨骨性膨胀，无消长史，抗炎治疗无效	X线片可见放射状骨膜反应，软组织内可有肿瘤骨，病理活检见肿瘤细胞

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则　急性期全身应用抗生素，及时引流排脓；慢性期因死骨与周围分界不清，且较表浅，故常用刮除术，彻底刮除病变骨质及增生或溶解的骨膜，同时刮净肉芽组织。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（2）治疗措施　同“中央性颌骨骨髓炎”。

5. 医嘱示范

术前长期医嘱	术前临时医嘱
口腔颌面外科护理常规	血常规＋出血、凝血时间
二级护理	尿常规
半流质饮食	便常规
头孢唑啉 2.0g 10%葡萄糖 100ml　iv drip，bid	肝功能、肾功能
	胸片＋心电图＋下颌骨侧位片
氯己定/甲硝唑（口泰含漱液）5ml，含漱，q3h	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体
	头孢菌素皮试
	术前医嘱
	全麻下行右下颌骨死骨摘除术
	术前禁饮食 8h
	术区备皮
	阿托品 0.5mg 苯巴比妥（鲁米那）0.1g　im，术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科全麻术后护理常规	5%葡萄糖氯化钠 500ml 维生素 C 2.0g　iv drip
二级护理	血常规
流质饮食	脓液细菌培养＋药敏试验
氯己定/甲硝唑（复方洗必泰漱口液）漱口，tid	右下颌骨侧位片
青霉素 800 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　iv drip，qd	

（三）中医会诊

参见“中央性颌骨骨髓炎”。

三、放射性颌骨骨髓炎

（一）概述

颌骨接受放射性照射后会引起颌骨病理性的坏死性改变，称为颌骨放射性骨坏死。放射性颌骨骨髓炎则是指在放射性坏死的颌骨上发生继发性感染而引起的

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

炎症性表现。它是头颈部肿瘤放射治疗后的一种较为严重的并发症，其发病率与放射总剂量有密切关系。一般认为总剂量在65Gy以下，出现放射性颌骨骨髓炎的机会较少，而照射剂量高于65Gy时，发生放射性颌骨骨髓炎的机会大大增加。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现　发病距放疗的时间间隔长短不一，数月至数十年不等，一般多在放疗后1～3年左右发病。发病初期有颌骨持续性疼痛，可为钝痛或剧烈锐痛，常伴口腔黏膜肿胀、破溃。病变后期口腔黏膜和面部皮肤形成瘘管，长期流脓，伴有特殊恶臭。骨面暴露，病变区牙齿松动脱落。可见死骨形成，死骨与正常骨的分界不清，导致死骨的分离非常缓慢，少有大块死骨。

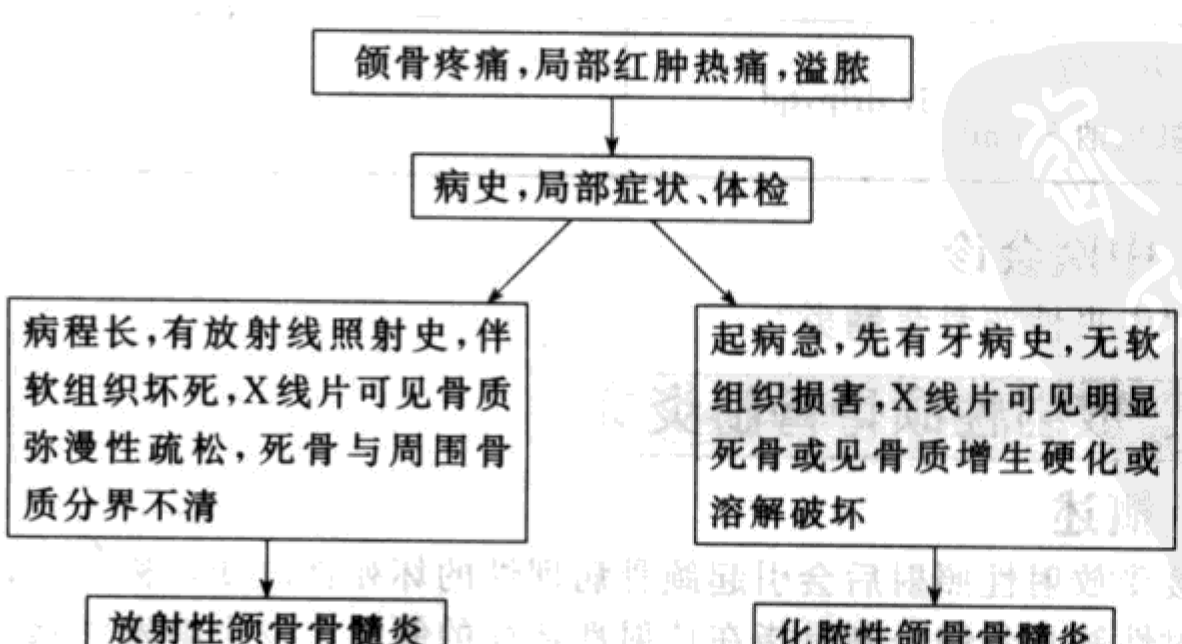
口腔颌面部软组织受损，血运障碍，易受感染发生组织坏死，形成口腔面部洞穿缺损畸形；发生在下颌骨时，还会因肌萎缩和纤维化出现渐行性张口困难。

（2）颌骨X线片　骨质呈弥漫性疏松，密度减低，其内散在增粗的骨小梁；病情严重时，可见广泛而不规则的散在斑块状透光区，正常骨结构消失，有时可见界限不明显的不规则死骨。少见骨质增生和骨膜反应。

2. 鉴别诊断

疾病	病因	临床表现	相关检查
放射性颌骨骨髓炎	放射线照射引起颌骨坏死	病程较长，有放射线照射史，无明显脓肿，多为瘘管流脓，可伴软组织坏死，缺损畸形	颌骨X线片示骨质呈弥漫性疏松，密度减低，死骨与周围骨质分界不清，骨质增生和骨膜反应少见
化脓性颌骨骨髓炎	牙源性细菌感染	起病急骤，常先有牙病史，可形成脓肿，多无软组织缺损	颌骨X线片可见中央性颌骨骨髓炎死骨与周围骨质分界清楚；周围性颌骨骨髓炎增生型可有骨质增生硬化和骨膜反应，溶解破坏型类似放射性颌骨骨髓炎

3. 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 治疗方案

(1) 治疗原则 应根据病变范围、症状轻重和疾病进展等进行综合考虑，兼顾全身及局部两个方面。

(2) 治疗措施

① 全身治疗。应用抗生素控制感染。增强营养，必要时输血、高压氧或超声波等治疗。

② 局部治疗。

a. 保守治疗。早期注意保持口腔卫生，避免损伤口腔黏膜，用含抗生素的漱口液含漱或局部冲洗等。

b. 手术治疗。早期扩大手术。放射性颌骨骨髓炎与中央性或周围性颌骨骨髓炎死骨摘除术的不同之处在于：不必待死骨分离，可在健康骨质范围内早期实行死骨切除术；对放射线累及的部分软组织，应根据局部具体情况，在切除颌骨的同时一并切除，以免术后伤口不愈合，手术遗留的组织缺损，可待二期修复。

(3) 预防

① 放射线的质与量的控制，减少组织的放射性损伤。

② 患者准备。

a. 放疗前常规牙周洁治，治疗病灶牙，去除不良修复体和金属修复体。对能保留的牙以非金属材料充填治疗，无法保留的牙齿，应在放疗前2～3周拔除，待伤口愈合后再行放疗。

b. 放疗中和放疗后均应维护口腔卫生，避免口内损伤因素，积极治疗放射性口腔黏膜炎，应用刺激和促进唾液分泌的药物及含氟牙膏等，预防放射性龋齿。尽可能不拔牙或少拔牙，必须拔牙时，时间尽量退后，并在术前、术后使用有效抗生素，减少手术创伤，促进伤口愈合。

5. 医嘱示范

参见“周围性颌骨骨髓炎”。

(三) 中医会诊

参见“中央性颌骨骨髓炎”。

四、婴幼儿颌骨骨髓炎

(一) 概述

婴幼儿颌骨骨髓炎是一种非牙源性的化脓性炎症，属于中央性颌骨骨髓炎。一般发生在出生后3个月以内，主要发生在上颌骨，下颌骨罕见。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 感染来源 多为血源性感染，其次为局部感染，如口腔炎症或牙龈损伤，母亲患化脓性乳腺炎时，哺乳时病原菌直接侵入。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

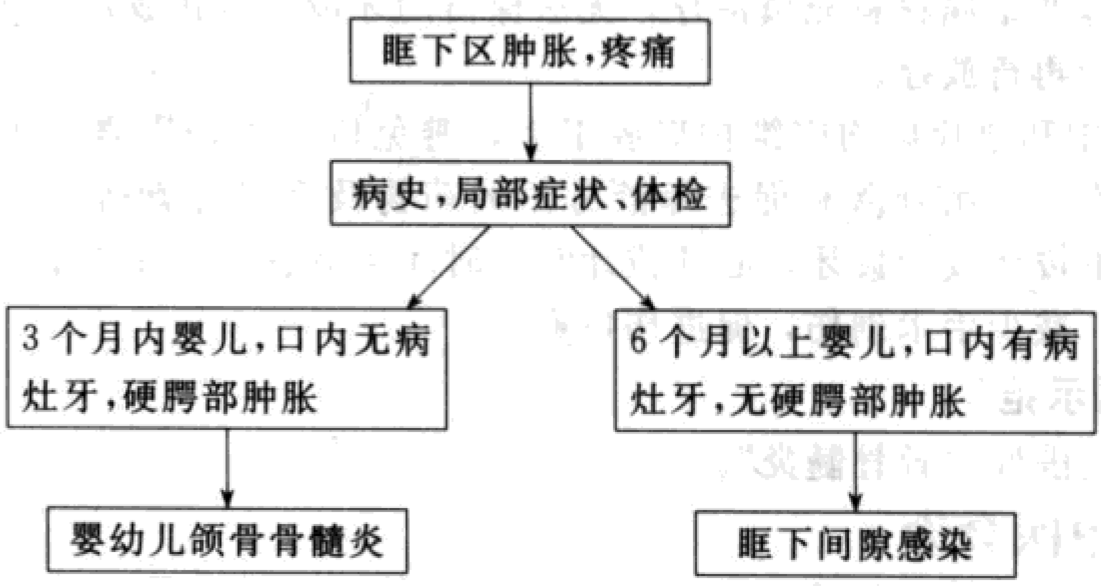
（2）临床表现　发病急骤，患儿突然出现高热、寒战、啼哭、烦躁不安，严重者出现意识不清、昏睡等全身中毒症状。患侧眶下及内眦部皮肤红肿，病变迅速向眼睑周围扩散，出现眶周蜂窝织炎；上下眼睑红肿，球结膜充血，眼球突出；肿胀很快波及颊侧龈沟和腭侧黏膜。2～3天后炎症扩散，穿破骨板可形成骨膜下脓肿，继而形成皮下或黏膜下脓肿，溃破后形成瘘管，炎症转为慢性。颌骨内的乳牙胚可受炎症波及，从而影响牙齿的正常萌出。炎症一般很少形成大块死骨，但可有颗粒状死骨从瘘管排出。上颌骨和牙颌系统发育受影响，加上瘘管引起的瘢痕，可遗留严重面颌畸形。

（3）实验室检查　外周血白细胞明显升高，核左移。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
眶下区肿胀	婴幼儿颌骨骨髓炎	多为血源性感染	常见3个月内婴幼儿；口内无病灶牙；可有口内硬腭部肿胀	—
	眶下间隙感染	牙源性感染	常见6个月以上婴儿；口内可见病灶牙；无口内硬腭部肿胀	X线片可见病灶牙

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　婴幼儿颌骨骨髓炎发病急、病情重，治疗上应采取积极有效的措施，多采取以抗生素为主的保守治疗。

（2）治疗措施

① 急性期。应按脓毒血症或败血症原则处理，首先选用大剂量广谱抗生素，待细菌培养和药敏试验后再根据结果调整敏感抗生素。全身症状明显者给予必要对症治疗和支持治疗。一旦形成脓肿，应及时切开引流，抗生素液冲洗。口内或鼻内有瘘管时，要注意防止脓液误吸。

② 慢性期。死骨清除术不宜急于进行，因有时小的死骨可自行从瘘管中排出。如死骨较大不能排出，手术摘除时也应尽量保守，仅摘除已分离的死骨，以

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

免破坏颌骨发育，造成牙颌系统畸形或咬合功能紊乱。

5. 医嘱示范

参见“眶下间隙感染”。

（三）中医会诊

参见“中央性颌骨骨髓炎”。

（丁桂聪　束　煌　万力生）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第三章　口腔颌面部创伤

第一节　外伤的救治

一、口腔颌面部外伤的救治原则

（一）概述

口腔颌面外伤的救治原则有其特殊性，在抢救的过程中，一定考虑整体与局部兼顾的原则，争分夺秒，紧急抢救，方能使病人转危为安。在多发伤存在时，先行颅脑、胸腹损伤救治，待病情稳定后才处理颌面、四肢部位损伤。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史　主要是了解致伤原因、创伤时间、创伤部位，是否出现昏迷，昏迷时间长短，有无中间清醒期或中间好转期，有无剧烈头痛、频繁呕吐、躁动不安。了解病人呼吸道通畅情况、伤口出血情况以及是否已进行初步的急救处理，处理效果如何。关键是分清主次，迅速明确是否存在需紧急抢救的可能危及生命的伤情。

（2）体征

① 全身情况。

a. 观察生命体征。呼吸频率是否高于 25 次/min 或低于 15 次/min，呼吸过浅或口唇发绀等情况；脉搏是否高于 100 次/min 或微弱、触不清；收缩压是否低于 90mmHg，毛细血管充盈时间是否大于 2s；是否有意识障碍，语言对答或对疼痛刺激是否出现反应迟钝；瞳孔大小、形状、对光反应情况。

b. 判断呼吸道是否通畅。当呼吸道出现梗阻时，呼吸浅而快，鼻翼扇动，吸气时间长，呼气时间短，甚至感觉到有呼气时停顿。病人烦躁不安，出汗。继而口唇发绀，出现"吸气三凹征"（吸气时锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙凹陷），有哮鸣音。如继续发展，血压下降，瞳孔散大，呼吸停止，导致死亡。

c. 有无休克。注意休克早期表现为烦躁不安，收缩压降到 80mmHg 时，呼吸浅而快，口渴，无力。口渴是休克早期的重要信号，应引起足够重视。随着休克的加重，血压继续下降到 50mmHg 时，病人从兴奋转入抑制。目光暗淡、精神萎靡、表情淡漠、意识模糊，面颊、口唇、甲床由红润转为苍白以及颈静脉塌陷等是休克的重要体征。当四肢厥冷的范围从手、足扩大到肘部及膝部以上，说明休克程度已逐渐加重。皮肤苍白、体温降低的同时出冷汗则是病情危重的

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

信号。

d. 有无颅脑损伤。

ⅰ. 颅脑损伤伤情判断。

ⅰ）意识障碍。对伤情判断最有意义。昏迷时间短暂为脑震荡，昏迷时间长为脑挫伤。昏迷时间短，随即转清醒，再无意识障碍加重者，为轻型或中型颅脑损伤。伤后深度昏迷且昏迷时间较长者，多为广泛性脑挫裂伤或脑干伤，伤情较重。如昏迷过程中，一度意识清醒或好转，随后转入嗜睡、昏迷，多为颅内血肿、脑组织受压。而且，即使伤后无意识障碍或不能肯定有无昏迷时，尚不能一概地否定颅脑损伤存在。有些开放性脑损伤病人，局部存在脑挫裂伤，但也无昏迷过程。

ⅱ）生命体征变化。生命体征常与意识障碍程度相一致，但个别情况下也不完全符合。呼吸变慢、加深，脉搏慢、有力，血压升高是颅内高压的典型征象。体温特高多属丘脑下部损伤所致。

ⅲ）瞳孔变化。两侧瞳孔等大，光反应正常，代表伤情稳定；两侧瞳孔大小多变，同时四肢强直性发作，提示为脑平面脑干伤；一侧瞳孔进行性扩大，伴有颅内高压时，说明瞳孔散大侧有颅内血肿或严重水肿等病变导致脑疝。

ⅱ. 有无颅内血肿等紧急手术指征。除直接伤及脑部生命中枢外，颅内血肿引起脑疝、导致继发性脑干伤是最常见的重要死因。诊断颅内血肿依据：有中间清醒期；颅内高压征（剧烈头痛，喷射性呕吐等）；脑受压征（“两慢一高”）；瞳孔改变（幕上血肿同侧瞳孔进行性散大）；CT 检查是诊断颅内血肿最迅速可靠的方法，能判断血肿部位和大小。

e. 颈部检查。应警惕颈部骨折，必须以 X 线检查证实。颈部穿入伤如已超过颈阔肌层，有大血管损伤可能，探查前应做好充分准备。

f. 胸部检查。仔细观察胸部呼吸运动，除外引起气胸的损伤。触诊锁骨和肋骨，排除骨折。压迫胸骨时，如有肋骨骨折，则有痛感。如有张力性气胸，一侧呼吸音消失，血压下降，颈静脉怒张；血胸及肺挫伤时，则肺底呼吸音异常。如听诊心音遥远并有颈静脉怒张，可能为心脏压塞引起。脉压差缩小可能是心脏压塞的更可靠的体征。儿童胸廓弹性好，在受明显的暴力打击后，外观上虽无明显的外部损伤迹象，却可能有严重内部损伤，检查时不能疏忽。

g. 腹部检查。腹部损伤潜在危险性甚大，应积极进行诊断和治疗。伤后初步检查结果不一定可靠，必须密切观察发展情况，特别是腹部遭受钝性创伤后。常见闭合性损伤中内脏受损顺序依次是脾、肾、小肠、肝、肠系膜等。腹部 B 超检查可明确诊断。

② 口腔颌面部检查。

a. 有无窒息。

ⅰ. 口底、咽侧、颈部有无血肿。口底血肿时舌体上抬，严重时舌背部不可见。咽侧血肿时，可见明显隆起，腭垂受推移位。颈部血肿时，气管移位，头颈

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

不能转动。

ⅱ. 有无骨折后组织移位。上颌骨 Le Fort Ⅱ型、Ⅲ型骨折，由于颌骨重力、伤员体位关系，上颌骨下坠向后移、软腭下垂阻塞呼吸道。下颌骨颏部双发骨折，由于口底肌群的牵引，正中骨折段向后下方移位，舌后坠，阻塞咽腔而产生窒息。

ⅲ. 有无异物阻塞咽喉部。颌面部损伤尤其是口、鼻、咽部受伤后可因凝血块、义齿、碎骨片、脱位牙或呕吐物阻塞呼吸道上端。

ⅳ. 其他原因造成窒息。昏迷病人咳嗽及吞咽反射消失，舌后坠，血液、涎液、呕吐物等误吸；头面部烧伤病人，咽喉、气管、支气管烧伤，呼吸道黏膜充血水肿致管腔缩小或阻塞。

b. 有无活跃出血点。

ⅰ. 分清出血性质。如为毛细血管出血，血色为鲜红，血从伤口内渐渐流出，当然有时也较多；如为静脉出血，血色暗红，流出速度缓慢，呈持续性涌出状；如系动脉出血，血色鲜红，出血速度快，呈喷射状。

ⅱ. 明确出血部位是深部组织内出血还是表浅结构出血。

ⅲ. 出血是否引起了呼吸道梗阻及休克。

(3) 辅助检查

① 实验室检查。血常规、血型、生化检查等。

② 影像学检查与特殊检查。颅、颌面、胸、腹部影像学检查，如 CT、B 超、心电图、超声心动图等，应当是在窒息、休克已得到有效处理后方可进行。

2. 鉴别诊断

外伤病人常因病史、症状、体征及辅助检查明确，诊断并不困难。有些需鉴别的在以后的章节中讨论。

3. 治疗方案

(1) 治疗原则

① 现场急救。制止活动性出血，保证呼吸道通畅，初步处理后尽快地将伤员安全运送到附近医院，昏睡的病人要注意运送过程中的低氧血症和低血压。

② 入院急救。处理危及生命的通气功能不足、大出血等。

(2) 治疗措施

① 现场急救。是创伤处理的第一阶段，应制止活动性出血，保证呼吸道通畅。经现场初步处理后，应根据快速、就近的原则尽快地将伤员安全运送到附近医院。怀疑有颈椎损伤时应特别小心，搬运时应有 3 人以上协助。一人轻扶伤员头部，保持正中位置，另两人托住腰部大腿，平起平放，严禁屈曲脊柱。将病人平放于硬平担架上，头部两侧用沙袋或其他物品固定制动，严禁抬头。采取侧卧位或俯卧位，并将颏部垫高使口鼻悬空，有利于口腔内分泌物流出并可使舌后坠减轻。

② 入院后救治。根据初步检查，迅速作出致命伤伤情诊断，并立即采取相

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

应措施紧急处理危及生命的通气功能不足、循环功能不足。当病人生命迅速转危为安后，应通过病史询问分析得出受伤机制，了解伤后出现的症状和现场处理方式。为了不遗漏病情，可采用 Freeland 提出的“CRASH PLAN”检查常规。C (cardiac，心脏)，是否有心包积血，心搏、心输出量等心功能状态；R (respiration，呼吸)，呼吸道是否通畅，有无缺氧、窒息或血气胸；A (abdomen，内脏器官)，特别是肝、脾的损伤，腹腔内有无积血；S (spine，脊柱脊髓)，从颈椎到骶椎详细检查；H (head，头颅)，有无颅脑损伤和口腔颌面损伤；P (pelvis，骨盆)；L (limb，四肢)；A (arteries，动脉)，动脉破裂大出血，是造成血容量急剧下降，循环功能衰竭的主要原因；N (nerve，神经)。

a. 解除窒息

ⅰ. 及早清除口、鼻腔及咽喉部异物。迅速用手指或用吸引器或用器械清除堵塞物，保持呼吸道通畅。

ⅱ. 将后坠的舌牵出。可在舌尖后约 2cm 处用大圆针穿过舌的全层组织，将舌拉出口外，并使伤员的头部偏向一侧或采取俯卧位，便于唾液或呕吐物的引流，彻底清除堵塞物，解除窒息。

ⅲ. 悬吊下坠的上颌骨骨块。当上颌骨骨块下坠大，出血多，可能引起呼吸道阻塞或误吸时，在现场可临时用筷子、压舌板等物品横放于上颌双侧前磨牙位置，将上颌骨骨块向上悬吊，并将两端固定于头部绷带上。有条件时，也可用手法将上颌骨骨块向上托住，迅速使用便携式电钻在梨状孔和颧牙槽脊处骨折线的两侧钻孔，拧入钛颌间结扎钉，用金属丝作颌间结扎，使上颌骨骨折复位并起到止血作用。

ⅳ. 插入通气导管保持呼吸道通畅。对于咽部和舌根肿胀压迫呼吸道的伤员，可经口或鼻插入通气导管，以解除窒息。如情况紧急，又无适当导管时，可用 1～2 根粗针头作环甲膜穿刺，随后改行气管切开术。如呼吸已停止，可紧急作环甲膜切开术进行抢救，随后改行常规气管切开术。

ⅴ. 吸入性窒息的急救。应立即行气管切开术，通过气管导管，充分吸出进入下呼吸道的血液、分泌物和其他异物，解除窒息。这类伤员术后要特别注意防止肺部并发症。

b. 止血

ⅰ. 压迫止血。

ⅰ) 指压止血。用手指压迫出血部位供应动脉的近心端，适用于出血较多的紧急情况，作为暂时性止血，然后再改用其他确定性方法进一步止血。如在咬肌止端前缘的下颌骨面上压迫面动脉；在耳屏前压迫颞浅动脉等。在口腔、咽部及颈部严重出血时，可直接压迫患侧颈总动脉，用拇指在胸锁乳突肌前缘、环状软骨平面将搏动的颈总动脉压闭至颈椎横突上。

ⅱ) 包扎止血法。可用于毛细血管、小静脉及小动脉出血的止血。可先将软组织复位，然后在损伤部位覆盖多层纱布敷料，再用绷带加压包扎。注意包扎的

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

压力要适当，勿加重骨折块移位和影响呼吸道通畅。

ⅲ）填塞止血法。可用于开放性和洞穿性伤口。一般将纱布块填塞于伤口内，再用绷带行加压包扎。在颈部或口底伤口填塞纱布时，应注意保持呼吸道通畅，防止窒息。

ⅱ. 结扎止血。是常用可靠的止血方法。如条件许可，对于伤口内活跃出血的血管断端都应以血管钳夹住作结扎或缝扎止血。紧急情况下，也可先以止血钳夹住血管断端，连同止血钳一起妥善包扎并送伤员。口腔颌面部较严重的出血如局部不能妥善止血时，可考虑结扎颈外动脉。

ⅲ. 药物止血。适用于组织渗血，小静脉和小动脉出血。常用的止血药物有各种中药止血粉、止血纱布、止血海绵等。使用时可将药物直接置于出血处，然后外加干纱布加压包扎。全身可辅助使用卡巴克络（安络血）、酚磺乙胺（止血敏）等药物。

c. 抗休克治疗。口腔颌面部损伤伤员发生休克者比例不大，常因伴发身体其他部位严重损伤而引起，是造成伤员死亡的重要原因，主要为创伤性休克和失血性休克两种。抗休克治疗的目的在于恢复组织灌流量。创伤性休克的处理原则为安静、镇痛、止血和补液，可用药物协助恢复和维持血压。对失血性休克则以补充血容量为根本措施。对休克早期或处于代偿期的伤员，可输入低分子右旋糖酐或平衡盐溶液，在 30min 内快速输入 1000ml，并观察血压和全身状况。中度休克者则以输全血为主，适当补充其他液体；开始 1h 可输血 1000ml，然后根据伤员的临床表现、对失血量的估计和红细胞压积等，调整补充其他液体。对于收缩压低于 70mmHg 的重度休克伤员，要在 10～30min 内快速输入全血 1500ml，以后根据需要调整输血、补液的量和速度。

d. 颅脑损伤处理。颅脑与颌面部紧密相连，颌面部外力常传到颅脑，伴发颅脑损伤，在急诊处理颌面部损伤之时，应优先处理严重的脑外伤。一旦考虑为颅内压升高（剧烈头痛、呕吐等）即可采用甘露醇脱水治疗，静脉滴注糖皮质激素，并控制水的摄入，注意维持电解质平衡。如果伤后当时无颅脑损伤症状，也需严密观察有无颅内血肿、脑水肿。

ⅰ. 根据意识障碍程度判断颅脑损伤的轻重。伤后昏迷立即出现，代表有原发性脑损伤，而再次昏迷多为颅内压增高，如颅内血肿、脑水肿引起呼吸深、慢，脉搏缓慢有力，血压升高。

ⅱ. 根据瞳孔变化及眼球活动，判断脑损伤轻重、病变演变以及粗略定位。两侧瞳孔等大，对光反射正常，代表伤情稳定；两侧瞳孔缩小表示蛛网膜下腔出血或桥脑损伤；两侧瞳孔散大或异常缩小如针尖，垂直性眼球震颤伴深昏迷，代表脑干损伤。单侧瞳孔进行散大伴颅高压征，多为同侧幕上血肿、脑水肿。

ⅲ. 确定有无颅内血肿等紧急手术指征是颅脑损伤救治与预后的关键，应及时准确作出判断、早期手术。伤后急性颅内血肿虽血肿部位不同，但有着共同的特征——脑受压综合征。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

ⅳ. 昏迷病人需做气管切开，以改善通气情况，避免误吸。如果病人伤后立即处于长时间昏迷，伤后立即出现神经系统症状和体征，呼吸、脉搏、血压、体温等生命体征反复波动，应请神经外科处理。而对于脑脊液漏等，可在颌面部损伤的同时得到相应的对症处理，如卧床休息、不堵、不冲洗。一般 2 周内自行愈合。

ⅴ. 预防性应用抗生素，有患破伤风倾向创口者则注射破伤风抗毒素（TAT），需先做皮试。

（三）中医会诊

本病中医无相关论述。

二、口腔颌面部软组织外伤

（一）概述

口腔颌面部软组织外伤，因致伤原因不同，可以是单纯的软组织伤，也可以与颌面部骨折同时发生。根据损伤原因不同可分为擦伤、挫伤、切割伤、刺伤、挫裂伤、咬伤及撕脱伤等。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史　了解致伤原因、作用方向、作用部位、出血程度，有无呼吸困难、昏迷等。

（2）口腔颌面部检查

① 擦伤。表皮有破损，少量出血。因皮肤感觉神经末梢暴露，十分疼痛。

② 挫伤。颌面皮下组织遭受钝物打击引起的闭合性损伤。表面皮肤完整。局部皮肤青紫，肿胀和疼痛。眼睑和颊部因组织疏松，组织肿胀明显，但疼痛轻。而额部组织紧张，挫伤后肿胀虽不明显，疼痛却较甚。颞下颌关节区挫伤可伴有张口受限和错𬌗。

③ 挫裂伤。在较大力量作用下，皮肤和皮下深层组织裂伤，裂口较深，创缘为锯齿状，深部可见发绀色坏死组织。

④ 刺伤、割伤。刺伤或割伤的皮肤和软组织有裂口，刺伤的创口小而伤道深，多为盲管伤。刺入物可将沙土和细菌带入伤口深处。切割伤的伤口比较整齐，伤及大血管时可大量出血。如切断面神经可发生面瘫。

⑤ 蜇伤、咬伤。受蜂类、蝎子等蜇伤后，毒素致局部红肿明显，疼痛剧烈。咬伤见于野生动物（如熊）和家庭宠物（如狗）咬伤，偶也可见于人咬伤。常有颌面部大块组织的撕脱和组织缺损，尤其是在突起的部位和鼻、耳、唇部。污染重，易感染。

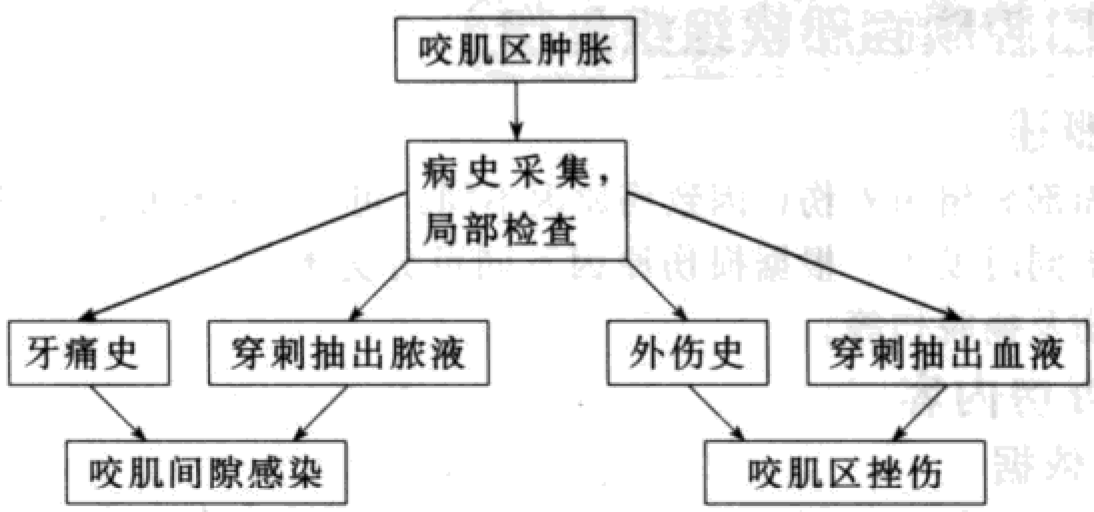
⑥ 撕脱伤。由于较大机械力量致伤，使大块头皮甚至连同额部、眉毛、耳及部分面颊部组织一并撕脱，撕裂创面广、出血多，常伴有骨面裸露甚至骨折。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
咬肌区肿胀	咬肌间隙感染	牙源性感染	局部红、肿、热、痛，可有凹陷性水肿	彩超可见软组织内阴影，且界限不清，穿刺可抽出脓液
	咬肌区挫伤	外伤史	咬肌区软组织肿胀、淤血	彩超可见软组织内阴影，界线不清，穿刺可抽出血液

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　早期清创，止血，止痛，消肿。组织缺损小者，采用邻近皮瓣修复；缺损过大，二期整复。

（2）治疗措施

① 擦伤。尽早彻底清创，去尽污染物。创面暴露，保持干燥。如真皮层暴露，创面可覆盖一层凡士林油纱布。如创面已感染，则以高渗盐水湿敷。

② 挫伤。轻微挫伤，可不做特殊治疗。局部早期（伤后24h以内）冷敷，晚期热敷。严重挫伤，止血、止痛、预防感染。早期冷敷，减少渗血、水肿。较大血肿在无菌条件下粗针穿刺，将未凝固血液抽出，加压包扎。位于口底、颈部的大血肿，则需手术清除，防止出现呼吸道受压引起窒息。

③ 挫裂伤。彻底清创，止血。分层缝合伤口，深部不能留有死腔。

④ 切割伤。已切断的知名血管应结扎；切断的神经如面神经应予一期吻合，如有缺损，行神经移植。

⑤ 蜇伤。取出毒刺，5%～10%氨水涂抹患处中和毒素，用5%～10%普鲁卡因做蜇伤周围环封止痛。

⑥ 刺伤。创口小而深、盲管伤、易残留异物者，应彻底清创，去除异物。深部有死腔不易清除时伤口放置引流。小儿软腭部刺伤，可在基础麻醉下用粗针、粗线伤口全层缝合。

⑦ 咬伤。彻底清创。组织缺损不严重，可以尽量拉拢缝合，针距宜宽，必

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

要时放置引流。小的组织缺损可以用邻近皮瓣及时修复，对于大范围缺损先做游离植皮，修复创面，后行二期修复。骨面暴露的创面，可先做一段时间抗生素湿敷，待有新生肉芽组织生长后，游离植皮。为促使骨面上肉芽组织生长，可在暴露的骨面上用牙钻钻孔，有出血即可，抗生素湿敷。

⑧ 撕脱伤。尽早清创，防止休克。撕脱组织有蒂时立即复位缝合，完全撕脱时，如撕脱组织内有血管可行吻合，应立即行血管吻合组织再植术。如无血管可供吻合，伤后 6h 内，将撕脱皮肤保留，切割成全厚或中厚层皮片做再植术。如伤口超过 6h，撕脱皮肤组织不能再用时，在控制感染基础上，尽早游离植皮，消灭创面。

(3) 疗程　伤口一般 7 天拆线。面部伤口 5～7 天拆线，舌部则需 10～14 天拆线；腮腺区损伤，加压包扎。术后给予阿托品 0.3mg，餐前 30min 服用，每日 3 次。腮腺导管吻合术后，硅胶管支架保留 1 个月后取出；颞下颌关节的挫伤，如关节囊内积血，一定要抽出积血，防止血肿激化，继发关节强直。伤后 10～15 天，开始进行张口训练，并配合关节区热敷、理疗，促进关节囊内积血的吸收。

5. 医嘱示范（以 20 岁，60kg 为例）

长期医嘱		临时医嘱
口腔外科护理常规		TAT 1500U,im
二级护理		血常规
半流质饮食		尿常规
5%葡萄糖盐水 500ml	iv drip,bid (A. S. T)	便常规
青霉素 480 万单位		血型
创面换药,qd		肝功能、肾功能

（三）中医会诊

本病中医无相关论述。

第二节 颌面部硬组织外伤

一、牙外伤

（一）概述

牙齿常常因跌打和碰撞等原因而致伤，牙损伤可分为牙挫伤、牙脱位、牙折。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史　外力作用于患牙所致，如碰撞，打击，也有咬及硬物所致。前者主要发生在前牙，后者主要在后牙常见。常见症状有牙松动、移位、伸长、咬合痛。

（2）体征

① 患牙松动，但在牙槽窝内位置未改变。冷热刺激及咬合压力均敏感，有叩痛。

② 牙在牙槽窝内位置发生改变。牙齿松动、伸长、移位、嵌入深部，也有完全脱离牙槽窝，完全离体。

③ 可伴有牙龈撕裂及出血。

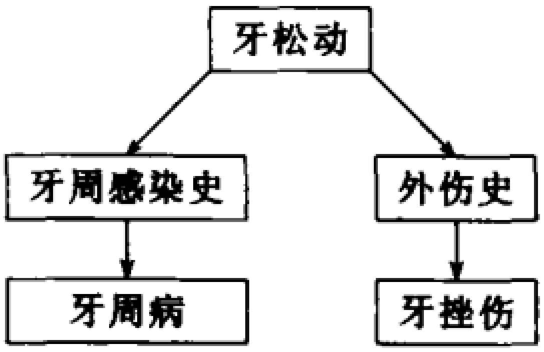
④ 牙折时冠部折断见折裂线，根部折断时牙松动明显。

（3）辅助检查　影像学检查，摄根尖 X 线片，观察牙周膜间隙改变情况及牙冠根完整性。

2. 鉴别诊断

牙齿损伤可分为牙挫伤、牙脱位及牙折三类。因病因及临床表现明显，诊断明确，一般无需鉴别。

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则

① 牙挫伤。保持患牙休息，调整对颌牙。

② 牙脱位。尽早准确复位，固定，尽量保存患牙。

③ 牙折。根据折断部位，采取不同治疗措施。牙冠龈缘以上牙体折断，可做根管治疗后桩冠修复；根尖 1/3 处折断，可结扎固定，任其愈合。原则上尽量保留伤牙，恢复外形和功能。

（2）治疗措施

① 牙挫伤。轻度损伤，可不做特殊处理，调磨对颌牙，患牙休息；如牙松动明显，对患牙进行结扎固定或粘接固定，调磨对颌牙；如出现牙髓坏死，需做根管治疗。

② 牙脱位。部分脱位牙应尽早正确复位，结扎固定；完全脱位牙，如牙离

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

体时间长，牙槽骨无明显吸收时，可行牙再植。用牙弓夹板固定，调低患牙殆面。对处于替牙期的儿童来说，因结扎固定较困难，多采用粘接固定法。

③ 牙折。冠部折断可做牙体修复，近根尖处折断，可将牙体结扎固定，任其自行愈合。冠根联合折断，则一般不能保留，多需拔除。

(3) 结扎固定时间　牙脱位 3～4 周，牙挫伤 2～3 周。

(三) 中医会诊

本病中医无相关论述。

二、牙槽突骨折

(一) 概述

牙槽突骨折常常是牙槽突直接遭受外力作用所致（如碰撞等）。多见于上颌前部。可单独发生，也可与颌面部其他损伤同时发生。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史　受外力作用后是否引起多个牙连动，咬合紊乱以及牙龈出血、肿胀等。

(2) 体征

① 多呈线性骨折，累及两个牙以上牙槽骨，火器伤时可为粉碎性骨折。

② 骨折区一个牙齿摇动时，临近牙及该区骨板与牙龈随之活动，而其他牙则不动。

③ 常有骨折段错位，上下颌咬合错乱。

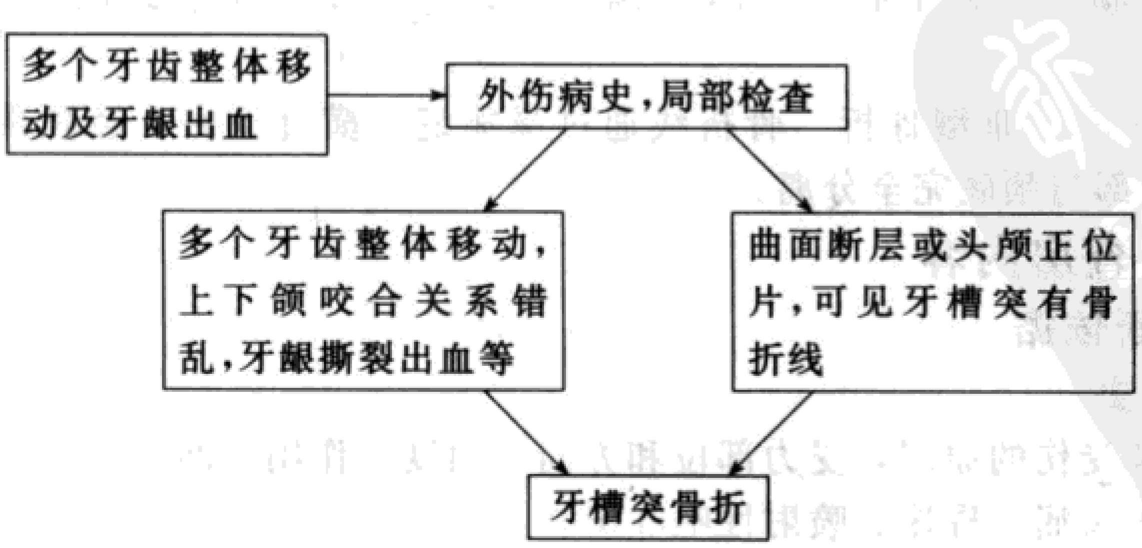
④ 牙龈撕裂出血与肿胀。

(3) 辅助检查　影像学检查，曲面断层或头颅正位片可显示牙槽骨为线性或粉碎性骨折。

2. 鉴别诊断

根据病史及典型临床表现可作出明确诊断，无需鉴别。

3. 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 治疗方案

(1) 治疗原则　尽早复位、固定，恢复正常咬合关系。

(2) 治疗措施

① 手法复位后，以两侧临牙作固位体，用金属丝牙弓夹板将牙折片上的牙结扎固定。

② 手法不能完全复位，配合上下颌间牵引复位。

(3) 疗程　固定时间为 3 周。

5. 医嘱示范（以 21 岁，63kg 男性为例）

长期医嘱	临时医嘱
口腔颌面外科护理常规	TAT 1500U,im
二级护理	血常规
半流质饮食	尿常规
林可霉素 0.6g,im,bid	便常规
口腔护理,tid	

（三）中医会诊

本病中医无相关论述。

三、上颌骨骨折

（一）概述

上颌骨是面中部最大的骨骼，参与鼻、眶、腭等构成。上颌骨受暴力作用发生骨折，也常累及相邻的鼻骨、颧骨等同时骨折以及并发颅脑损伤。上颌骨骨折可分为三种类型。

(1) Le Fort Ⅰ型骨折　骨折线经鼻底、上颌骨的下 1/3、腭及翼板，为低位水平骨折。

(2) Le Fort Ⅱ型骨折　骨折线通过额突的较薄处，向侧方延伸，经过鼻骨、眶底、颧上颌缝、眶下孔、上颌骨侧壁、翼板、进入翼上颌凹。此型骨折最常见。

(3) Le Fort Ⅲ型骨折　骨折线通过鼻额缝，横过眶底，经颧额缝及颧弓，使面中 1/3 部与颅底完全分离。

（二）查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史

① 了解受伤的原因，受力部位和方向、角度、作用时间。

② 有无头痛、昏迷、喷射性呕吐史。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

③ 全身合并伤情况。

(2) 体征

① 一般情况。注意病人神志情况。意识障碍是确定颅脑损伤的最重要指标。呼吸困难在双侧上颌骨 Le Fort Ⅲ型骨折及上、下颌骨联合骨折中可见。常因失血多、有效血循环灌注不足，出现休克表现。

② 体征。

a. 骨折块移位、面中部凹陷及长面畸形。上颌骨骨折的作用方向向后、内，骨块移位引起面中部凹陷，而在重力因素作用下向下移位则面中部变长。

b. 咬合关系错乱。上颌骨向后、下移位，导致患侧后牙早接触，前牙出现开𬌗；向后移位，前牙反𬌗。

c. 眶及眶周变化。眶内及眶周组织内出血，眶周眼镜征，睑结膜、球结膜下出血。眼球移位时可有复视。

d. 眶下神经损伤。见于 Le Fort Ⅱ型骨折，骨折线经过眶下管，骨折片压迫眶内管的神经干，或上颌窦前壁骨折，骨折片压迫眶下神经。眶下区皮肤感觉消失。

e. 脑脊液鼻漏或耳漏。颅前凹骨折使硬脑膜撕裂，出现脑脊液鼻漏，鼻腔内清淡血水流出。颅中凹骨折合并耳岩部损伤时，脑脊液常经外耳道流出。

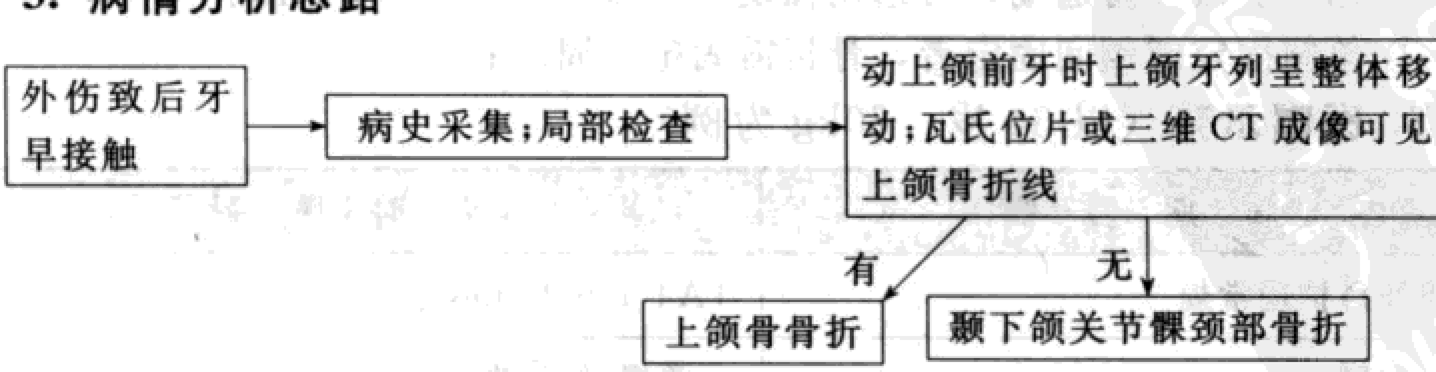
(3) 辅助检查　影像学检查，头颅瓦氏位或华氏位，颌面曲面断层片，可见上颌骨折影像。CT 摄片尤其三维成像，可以清晰地显示骨折线及移位情况。

2. 鉴别诊断

上颌骨骨折常因病史及临床表现明显，诊断并不困难。但对初学者来说应注意与颞下颌关节髁颈部骨折相鉴别，因两者均有后牙早接触、前牙开𬌗的临床表现。

类　型	外伤受力部位	临床表现	辅助检查
上颌骨骨折	面中部多见	动上颌前牙时，上颌牙列呈整体移动	瓦氏位片或三维 CT 成像可见上颌骨折线
颞下颌关节髁颈部骨折	颏部或下颌侧面多见	颏部及耳前部触诊时，耳前疼痛明显	眼眶升支位片及三维 CT 成像见髁颈骨折

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

① 早期复位固定，越早越好。

② 合并颅脑损伤等全身情况不稳定时，应局部服从全身。待生命体征平稳，能耐受麻醉、手术时，抓住手术时机，处理上颌骨骨折。

(2) 治疗措施

① 合并颅脑损伤，应先处理颅脑损伤。全身情况不佳时，首先抢救病人生命。

② 尽早复位与固定（一般在2周内）。

a. 复位。采用手法复位或牵引复位及手术切开复位恢复病人原有的咬合关系。应当指出，面中份骨折不能仅仅根据咬合关系的恢复情况来判断骨折复位与否。有些面中份骨折如颧骨、颧弓骨折，眶骨骨折和鼻、眶、筛骨骨折常常不影响咬合关系。

b. 固定。骨折块复位后保持在正常位置愈合，防止再移位。固定方法有单颌固定、颌间固定、颅颌固定。

③ 颌骨单纯性骨折可以选用手法复位或牵引复位。而多发性骨折、粉碎性骨折累及颧骨、颧弓、眶骨、鼻骨、筛骨等，则需要切开复位。复位后，微型夹板内固定。切口选择的原则为：a. 易显露骨折断端；b. 切口隐蔽；c. 切口与皮纹方向一致；d. 沿损伤的创口进入。可采用冠状切口或眉外侧切口，睑下切口或上颌前庭沟等切口。一般先复位固定颧骨、颧弓，恢复面部的宽度和深度。如同时伴有下颌骨骨折，应先将下颌复位固定后，再依据上下颌殆关系复位固定上颌骨，行坚强内固定者则无需颅颌固定；仅做颌间固定者，需行颅颌固定。广泛颅面骨折时，骨折复位应先固定易准确复位和恢复咬合关系的一侧，再复位较为困难的一侧。

④ 陈旧性骨折伴有面部畸形、功能障碍，应在良好暴露下直视手术，以恢复咬合关系为主，尽量做到解剖复位，也可植入生物材料来恢复、重建面部外形，功能与外形并重。

(3) 疗程

① 全身给予抗生素1周，预防感染。

② 适当给予止血药、糖皮质激素2～3天。

③ 创口引流保持通畅，可选用橡皮片引流，24～72h内取出。

④ 单颌固定或颌间固定者，骨折需固定3周左右。

5. 医嘱示范（以34岁，60kg为例）

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	TAT 1500U,im(A. S. T)
一级护理	血常规、尿常规、便常规
流质饮食	出血、凝血时间

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（续表

长期医嘱		临时医嘱	
生理盐水注射液 500ml 青霉素 640 万单位	iv drip， qd（A. S. T）	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体	
		肝功能、肾功能	
10%葡萄糖注射液 500ml 肌酐 0.4g ATP 40mg 辅酶 A 100U 维生素 C 2.0g	iv drip，qd	心电图	
		胸片	
		术前医嘱	
		全麻下行上颌骨折切开复位术	
		术前禁饮食 8h	
		术区备皮	
		阿托品 0.5mg 苯巴比妥（鲁米那）0.1g	im，术前 30min

术后长期医嘱		术后临时医嘱	
口腔外科全麻术后护理常规		10%葡萄糖注射液 500ml 肌酐 0.4g ATP 40mg 辅酶 A 100U 维生素 C 2.0g	iv drip，qd
二级护理			
流质饮食			
氯己定/甲硝唑（复方洗必泰漱口液）漱口，tid			
青霉素 800 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml	iv drip，qd	血常规	

（三）中医会诊

中医无相关论述。

四、颧骨、颧弓骨折

（一）概述

颧骨、颧弓是面侧部比较突出的部分，易受外力作用而发生骨折。颧骨与上颌骨、额骨、蝶骨和颞骨相连接，其中与上颌骨的连接面最大。颧骨骨折常与上述结构脱离，并常与上颌骨同时发生骨折。颧骨的颞突与颞骨的颧突连接构成颧弓，较细窄，可单独发生颧弓骨折，也可以与颧骨同时骨折。

颧骨、颧弓骨折一般可分为颧骨骨折、颧弓骨折、颧骨颧弓联合骨折及颧骨、上颌骨骨折等，而颧弓骨折又可分为双线型骨折和三线型骨折。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史

① 致伤因素，外伤作用部位，外伤时间。

② 伴随症状，有无复视、张口受限。

（2）体征

① 颧面部塌陷畸形。在损伤初期软组织反应性水肿尚未发生时可见。大多数情况是在损伤后期软组织肿胀消退后方才发现。

② 张口受限。由于骨折块发生内陷移位，压迫了颞肌和咬肌，阻碍喙突运动，导致张口疼痛和张口受限。

③ 复视。颧骨骨折移位后，可因眼球移位、外展肌渗血和局部水肿及撕裂的眼下斜肌嵌入骨折线中，限制眼球运动等原因而发生复视。

④ 神经症状。颧骨上颌突的骨折移位，可造成眶下神经的损伤，使该神经支配区域有麻木感，如同时损伤面神经颧支，可发生眼睑闭合不全。

⑤ 其他。眶周、眼睑和结膜下出血、瘀斑；眼球运动受限；上颌窦黏膜破裂时，可导致鼻出血。

（3）辅助检查

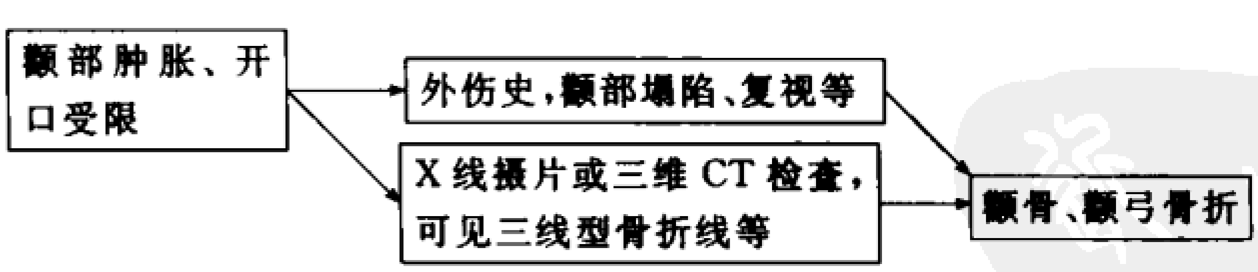
① X线摄片（鼻颏位与颧弓切线位）。可明确骨折线与移位情况，怀疑颧骨体骨折时可选用鼻颏位（华氏位），显示眶下缘、眶外侧缘及颧牙槽嵴骨骼的连续性；颅底位可显示颧弓及颧骨体移位的情况；单纯颧弓骨折可摄颧弓切线位，显示颧弓塌陷情况。

② 三维CT。显示骨折片在三维空间上的位置关系，尤其是旋转移位等。

2. 鉴别诊断

颧骨、颧弓骨折可根据病史、临床特点和X线摄片检查而明确诊断。无需鉴别。

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　颧骨、颧弓骨折后，如仅有轻度移位，畸形不明显，无张口受限、复视及神经受压等功能障碍者，可作保守治疗。凡有张口受限、复视者均应手术复位。虽无功能障碍但有明显畸形者也可考虑手术复位内固定。

（2）治疗措施

① 巾钳牵引复位。用于单纯颧弓骨折。此法不用作皮肤切口，消毒麻醉后，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

利用巾钳的锐利钳尖刺入皮肤，深入到塌陷的骨折深面或夹住移位的骨折片，紧握钳柄向外提拉，牵引复位，复位后应妥善保护，防止伤区再度受压和撞击。颧弓骨折复位的标准是伤员不再有张口受限。

② 颧弓单齿钩切开复位。在颧弓骨折处表面作一小横切口，切开皮肤、皮下组织，直达颧弓表面，探明骨折移位后，用单齿钩插入骨折片深部，将移位的骨折片拉回原位。

③ 口内切开复位。

a. 前庭沟入路。自上颌第1磨牙远中沿前庭沟向后作1cm长切口，切开黏膜及黏膜下组织，然后用长而扁的骨膜分离器从切口深入颧骨、颧弓的深面，向外、向前和向上提翘；另一只手手指放在颧部感觉复位情况。复位后缝合口内伤口。

b. 下颌支前缘入路。在口内下颌支前缘作长约1cm的纵切口，将扁平骨膜分离器插入切口。在喙突外侧经喙突颞肌肌腱和颞肌浅面达骨折的颧弓下方，向外侧抬起骨折片；然后将钝器前后移动，以恢复颧弓完整的外形。

④ 颞部入路。在伤侧颞部发际内作长约2cm的切口，切开皮肤、皮下组织和颞筋膜，显露颞肌。在颞筋膜与颞肌之间插入细长的骨膜剥离器，进至颧弓和颧骨的深面，用力将骨折片向前、外方复位。

⑤ 上颌窦填塞法。适用于粉碎性颧骨及上颌骨骨折。在上颌口腔前庭尖牙窝处作切口，显露上颌窦。将骨膜分离器置于窦内，另一手置于面颊部，通过内外联合推压作用，将骨折片复位。在下鼻道开窗后用碘仿纱条行上颌窦填塞，一端经下鼻道开窗处引入鼻腔，严密缝合口内切口。2周后自鼻腔逐步抽出碘仿纱条。

以上五种方法均为非稳定性固定，术后应注意伤区不要受压，尤其夜间睡眠时应注意。避免伤区再次受到撞击。

⑥ 面部小切口进路。如果伤员有开放性伤口，或骨折局部有瘢痕存在，可利用伤口和原瘢痕进路，对骨折进行复位与固定。优点是能直视复位固定，方法简便。缺点是留有瘢痕。

⑦ 头皮冠状切口复位固定法。手术同上颌骨骨折进路，这种切口结合口内前庭沟切口，尤其适用于额、鼻、眶颧区多发性、陈旧性骨折。显露充分，便于在直视下复位与固定骨折，避免了面部多处切口和术后瘢痕。

新鲜骨折应力求解剖复位。可供接骨板固定的部位有颧额缝、颧牙槽嵴和眶下缘，可选用小钛板或微型钛板，颧颞缝一般选用微型钛板固定。原则是力争达到多点固定，最少应达到三点固定，即颧弓、颧额缝和眶下缘。

（3）疗程

① 伤口缝线7天拆线。

② 采用橡皮片引流或负压引流，一般放置24～48h后拔除。

③ 上颌窦填塞的碘仿纱条术后2周自鼻腔逐步抽除。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

5. 医嘱示范

参见“上颌骨骨折”。

(三) 中医会诊

本病中医无相关论述。

五、鼻骨骨折

(一) 概述

由于位置突出且易碎，故鼻骨成为最常发生骨折的诸骨之一。其可单独发生，也可以和其他颌面骨骨折同时发生。鼻骨骨折如不治疗或治疗效果欠佳，将形成明显的畸形，并有可能影响呼吸功能，使正常的呼吸生理改变，进而引起一系列后果，如鼻气道阻塞、打鼾、鼻窦炎、咽部感染的发生率增高等。儿童期的鼻骨骨折如治疗不当，可引起生长发育障碍，如鼻的生长发育延迟或异常，也影响面中部骨骼和牙齿的排列。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史　重点询问打击的性质、方向和力的大小。外伤后常出现鼻位置改变、鼻腔通气障碍、鼻出血等，在伴有筛骨损伤或颅前窝骨折时有脑脊液流出。

(2) 体征

① 移位和畸形。鼻骨骨折的类型取决于打击力的性质、方向和大小，如打击力来自侧方，可发生一侧鼻骨骨折并向鼻腔内移位，造成外鼻侧弯畸形；如打击力量较大，可使双侧鼻骨连同鼻中隔同时骨折，使整个鼻骨向对侧移位，鼻弯曲畸形更为明显；如外力直接打击鼻根部，则可发生横断骨折，使鼻骨和额骨分离，骨折片向鼻腔内移位，同时可发生鼻中隔和筛骨损伤；如鼻骨受到正前方的暴力打击时，可发生粉碎性骨折及塌陷移位，出现鞍鼻畸形。

② 鼻出血。鼻腔黏膜与骨膜紧密相连，鼻骨骨折常伴有鼻腔黏膜撕裂而发生出血。

③ 鼻通气障碍。鼻骨骨折后可因骨折片移位、鼻黏膜水肿、鼻中隔血肿及血凝块存积等原因，使鼻腔阻塞而出现鼻通气障碍。

④ 眼睑部瘀斑。鼻骨骨折后可因组织内出血渗至双侧眼睑及结合膜下而出现瘀斑。

⑤ 脑脊液鼻漏。鼻骨骨折伴有筛骨损伤或颅前窝骨折时，可发生脑脊液鼻漏。初期为混有血液的脑脊液外渗，以后则血液减少或只有清凉的脑脊液流出，应注意鉴别。

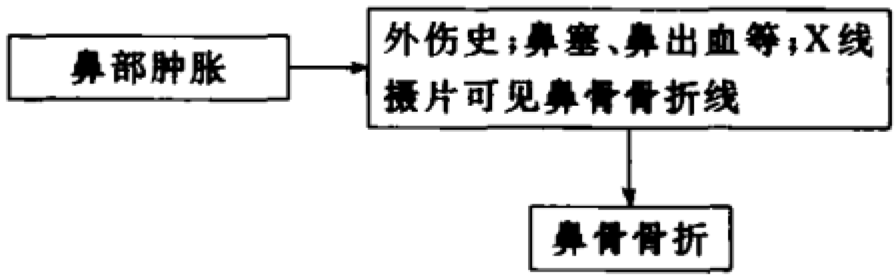
(3) 辅助检查　摄鼻骨正位、侧位及华氏位片。显示骨折部位、性质及鼻骨骨折片移位的方向。但由于颅面骨重叠，轻度骨折片移位不易发现。而部分发育上的缺陷则易误诊为骨折。因此在鼻骨骨折诊断上，X线片仅为辅助检查，不能单纯凭此作出诊断，但三维CT片可作出明确诊断。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 鉴别诊断

鼻骨骨折主要根据损伤史、临床特点、局部检查及 X 线摄片可作出明确诊断，无需鉴别。

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则

① 早期仔细检查，尽早明确诊断，及时恰当治疗。

② 鼻出血止血。

③ 鼻骨骨折复位和固定。

（2）治疗措施

① 鼻外复位法。适用于向外侧方移位的鼻骨骨折。在局部浸润及鼻黏膜表面麻醉下，用双手拇指压迫向外突起的骨折片，使其复位。

② 鼻内复位法。适用于向内塌陷移位的鼻骨骨折。在局麻下用套有橡皮管或裹有油纱布的骨膜分离器，插入鼻腔内，使其前端伸到骨折深面，将内陷的骨折片向前外方推动，同时用另一只手的拇指和食指在鼻外侧辅助复位。复位后用碘仿纱条填塞于鼻腔内骨折处，以防止骨折片再移位，同时有助于止血。5～6 天后即可抽除鼻腔填塞物。

如用鼻骨复位钳，可将钳的两喙插入两鼻孔内，先后整复鼻侧壁和上壁，用吸引器吸净鼻腔内的血块和分泌物，然后在鼻腔前庭部置入裹有碘仿纱条的橡皮管，协助成形。鼻夹板可用印模膏制作，其内衬以敷料，在对鼻部无压力的情况下，用胶布固定。也可在鼻旁两侧各放置 1～2 个小纱布卷，使之高于鼻背，再用胶布固定，起保护和成形作用。对于有脑脊液鼻漏的伤员，不能行鼻腔填塞者，可单用鼻外夹板固定，防止再移位。鼻外夹板或纱布卷可在鼻外部加用夹板保护。

鼻骨骨折发生的鼻出血一般不严重，多可自行停止，或用纱布填塞前鼻腔即可止血。如伴有中鼻道或上鼻道血管损伤时，可发生严重的鼻出血，如用前鼻道填塞法不能奏效时，应改为后鼻孔填塞法。鼻出血时，如自鼻外部加压，非但无效，还可加重骨折片移位，增加鼻内损伤和畸形。

脑脊液鼻漏应听任自流，并用抗生素预防感染。多在 3～7 天内逐步减少或停止，如长期漏液不止，应请神经外科会诊，作硬脑膜裂口修补术。

5. 医嘱示范

参见“上颌骨骨折”。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(三) 中医会诊

本病中医无相关论述。

六、眶底骨折

(一) 概述

单纯眶底骨折很少见，但它易与颌面部其他骨骼合并骨折，颧骨、鼻骨和上颌骨 Le Fort Ⅲ型骨折均易累及眶底，甚至导致眼球损伤。如治疗不及时，常遗留明显畸形。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史　眼部遭受到大于眶部的钝器击打史，或车祸中头面部遭撞击史。外伤后常出现疼痛、复视、一过性视力障碍、恶心、呕吐、眶下区感觉异常。

(2) 体征

① 骨折移位。眼眶骨折常可在眶下缘和颧额缝触及台阶感，眼眶内外侧骨折移位，可造成两侧附着韧带脱离，造成两侧眼裂不一致，内眦距异常，内眦角下垂。

② 眼球内陷。是眶底骨折的重要体征。造成眼球内陷的主要原因是：a. 因眶底骨折，眶内容连同眼球移位或疝入上颌窦腔内；b. 眶底下陷后，眶腔容积增大，眶内脂肪支持眼球的量不足。

③ 复视。眶底爆裂性骨折时，眶内容包括眼下直肌、下斜肌和眶壁骨膜均向下移位，使眼外肌出现垂直方向运动受限而产生复视。动眼神经受伤也可以引起复视。

④ 眶周瘀血、肿胀。可有眶周皮下及结膜下出血。如眶内出血多，可使眼球突出。累及泪囊时，伤员常流泪不止。

⑤ 眶下区麻木。眶底和眶下缘的骨折常挫伤或挤压眶下神经，引起该神经支配区域的麻木。

(3) 辅助检查

① X 线摄片。摄华氏位或断层位，显示眶腔、眶底及上颌窦情况。

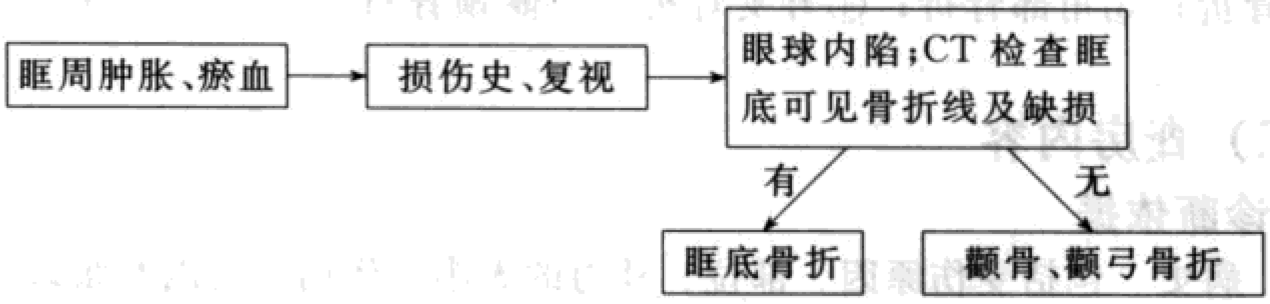
② 三维 CT 或常规 CT 检查。常规 CT 应做冠状面扫描，观察眶缘的完整性，观察眶内容下陷情况，而三维 CT 可直接显示骨折片与临近骨组织的空间位置关系。

2. 鉴别诊断

疾病名称	临床表现	CT 检查
眶底骨折	有眼球内陷	眶底可见骨折线及缺损
颧骨、颧弓骨折	无眼球内陷	颧骨、颧弓可见双段或 M 型骨折

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则

① 及时手术治疗。在伤后 1 周手术为宜。过早手术局部组织肿胀未消，过晚则错位愈合，瘢痕形成，难以达到理想效果。

② 嵌顿的眼下直肌和脂肪复位，眶容积恢复，眼球活动恢复正常，眼球内陷、复视改善。

③ 眶底骨缺损应行骨移植或其他材料修补。

(2) 治疗措施和疗程

① 睑下切口。在睑下距睫毛边缘 2～3mm 处。暴露眶下缘后，向眶底分离掀起眶内软组织，显露眶底，若眶内软组织已进入上颌窦，将嵌入的组织从骨缝中松解复位，并将突入上颌窦的骨折片复位。如有眶底骨质缺损，可用自体颅骨外板、髂骨骨皮质或肋骨移植，也可用骨替代材料等。植入眶底后，为防止其移位，可用不锈钢丝或微型小夹板固定于眶下缘。

② 冠状切口。眶部骨折伴有面中份多发性骨折时常用冠状切口，经过一个切口广泛暴露面中 1/3 以上颅面骨骼，直视下复位和固定，如需取颅骨外板进行眶壁修复，可直接在术区中进行。

③ 口内切口经上颌窦填塞复位。在上颌窦前壁开窗进入上颌窦，用钝头器械或手指探查窦顶，将内陷的眶内容物及骨折片上抬复位，用碘仿纱条填塞支撑 2 周后分次抽出纱条。该法因属盲探进行，眶内容物及骨折片复位很不确切，复位过程中锐利骨片容易损伤眼球，也不能进行植骨眶底缺损修复，已逐渐被直视下复位固定所取代。

5. 医嘱示范

参见“上颌骨骨折”。

(三) 中医会诊

本病中医无相关论述。

七、下颌骨骨折

(一) 概述

下颌骨面积较大，位置突出，易受创伤。下颌骨骨折的发生率 2 倍于面中 1/3 骨折。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

根据骨折的发生的部位，下颌骨骨折可为：①正中（及正中旁）骨折；②体部骨折；③角部骨折；④升支骨折；⑤髁颈骨折；⑥喙突骨折；⑦牙槽突骨折。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史　包括受伤原因、部位、外力的大小、作用方向以及张口、咬合等功能障碍情况。

（2）体征

① 骨折段移位。受肌肉牵引方向、骨折段上的牙存在及骨折的倾斜方向影响。

a. 颏部骨折。颏部指 $\overline{3|3}$ 之间的下颌骨体。单纯正中骨折，无明显移位；双线骨折，正中骨折段向下移位；粉碎性骨折，两侧骨折段向中线移位，舌后坠，呼吸困难甚至窒息。

b. 颏孔区骨折。$\overline{4|4}$ 与 $\overline{6|6}$ 之间的下颌骨体称为刻孔区，颏孔区骨折包括尖牙区、前磨牙区和磨牙区下颌骨体骨折。除了受肌肉牵引外还与骨折线的倾斜度有关。一侧颏孔区骨折时前骨折段因所附降颌肌群牵引而向下移位，稍偏外侧；后骨折段则因升颌肌群的牵引，向上前方移位，稍偏内侧。双侧颏孔区骨折，两侧后骨折段向上前方移位，前骨折段则向下后方移位，引起颏部后缩及舌后坠。

c. 下颌角部骨折。骨折线正位于下颌角部时，两个骨折段上都有咬肌与翼外肌附着，骨折段可不移位。骨折线发生于咬肌前缘，前骨折段向下内移位，后骨折段向上前移位。

d. 髁突骨折。以髁突颈部骨折多见，折断的髁突被翼外肌拉向前内，下颌升支则牵拉向上。髁突骨折如发生在翼外肌附着的上方，只在关节面上发生骨折，不发生移位。

② 咬合错乱。是下颌骨骨折后下颌体错位的结果，是判断有无骨折的重要的直接依据。可以表现为早接触，反殆或开殆等。骨折段活动异常，假关节活动。

③ 下唇麻木。骨折断端的移位、摩擦可能损伤下牙槽神经，出现下唇麻木。

④ 张口受限。因骨折后疼痛，咀咬肌运动失调或痉挛，出现张口受限、运动失调。

⑤ 骨折部位有牙龈撕裂伴出血。

⑥ 髁突颈部骨折时，可伴发外耳道贯通伤或颅中窝骨折。

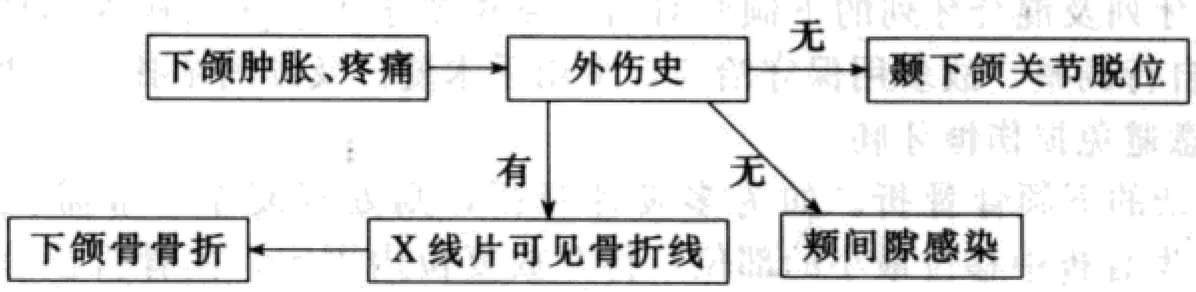
（3）辅助检查　X线平片，颌骨曲面断层片，下颌骨后前位片，颞颌关节张/闭口位片，髁突经咽侧位片，CT（三维成像）。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 鉴别诊断

疾病	病　因	临床表现	相关检查
下颌骨骨折	外伤	软组织肿胀、咬合关系错乱、反常活动	颌骨曲面断层片、CT（三维成像）见骨折线
颊间隙感染	牙源性、腺源性、损伤性等感染	软组织红肿、有波动感	血常规白细胞增高；穿刺可抽出脓液
颞下颌关节脱位	打哈欠、唱歌、咬大块食物等大开口	不能闭口、面狭长、耳屏前有凹陷	薛氏位片、经咽侧位片可见髁突脱出关节窝

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则

① 解剖复位，稳定固定。

② 早期功能锻炼。

(2) 治疗措施。骨折复位、固定，如合并有软组织损伤应一并处理。

① 骨折复位方法选择。

a. 手法复位。简单骨折，骨折早期、移位不大或骨折片较活动者。

b. 牵引复位。采用手法复位失败、多发性骨折以及骨折断端已有纤维愈合者。

c. 手术复位。开放性骨折需做骨间固定；手法复位与牵引复位无法达到准确复位或均失败者；已错位愈合的陈旧性骨折。

② 固定方法选择。

a. 单颌固定。

ⓐ 单颌牙弓夹板固定。线性骨折及牙槽骨骨折。

ⓑ 克氏针骨内固定。髁突颈部骨折及颏部骨折。

ⓒ 皮质骨螺钉固定。斜行骨折和下颌支矢状骨折。

ⓓ 切开复位骨间固定。开放性、不稳定性骨折，陈旧性骨折或儿童下颌骨骨折以及不愿颌间结扎固定的病人。

b. 颌间固定。在正常咬合关系上的骨折采用下列方式固定，简单颌间结扎固定；小环颌间固定；带钩牙弓夹板颌间固定；正畸托槽颌间固定。

c. 颅颌弹性绷带固定。无移位骨折的固定或作为其他方法的一个辅助固定方法。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

③ 髁突骨折。髁突不同于下颌骨其他部位骨骼。其构成颞下颌关节，在下颌生长发育以及下颌功能运动中都发挥着重要作用。髁突颈部骨折首选保守疗法。儿童髁突颈部骨折，无论髁突移位与否及移位多少，均主张采用非手术疗法。

a. 髁突骨折的手术治疗指征。髁突近心端完全断裂后移位的中位、低位骨折。髁突近心端不完全断裂，但髁突移位后的倾斜角度大于30°的中位、低位骨折。陈旧性髁突骨折已错位愈合者。磨牙缺失或Ⅱ～Ⅲ度松动，不能实施颌间牵引复位者。髁突有明显压迫症状或髁突断端已损伤周围组织。髁突移位已嵌入颅底或外耳道者。经保守治疗失败者。

b. 髁突骨折的手术治疗方法。髁突复位骨间固定术；关节成形或关节重建术。

④ 乳牙列及混合牙列的下颌骨骨折，复位要求不像成人病人那样严格，咬合关系可自行调整，故多用保守治疗，少用手术复位及颌间结扎，如手术复位固定，应注意避免损伤恒牙胚。

⑤ 复杂的下颌骨骨折。如为多发性骨折，则处理复杂。常需在一处骨折（常常是多发骨折中移位最小的部位）行开放复位内固定，使骨折段有足够的稳定性。

⑥ 软组织损伤。清创缝合；抗炎、抗破伤风等对症治疗。

(3) 疗程　下颌骨骨折固定4周；髁突骨折固定2周。拆除固定装置前，摄片复查；可先解除颌间固定，观察数日后如骨无异常活动及关系变化，拆除单颌结扎。

5. 医嘱示范（以21岁，60kg男性为例）

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科常规护理	TAT 1500U, im (A.S.T)
二级护理	血常规、尿常规、便常规
流质饮食	肝功能、肾功能
生理盐水注射液 250ml 青霉素 480万单位　iv drip, bid	出血、凝血时间
	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体
10%葡萄糖注射液 500ml 肌酐 0.4g 辅酶A 100U ATP 40 mg 维生素C 2.0g　iv drip, qd	胸片＋心电图
	术前医嘱
	全麻下行下颌骨骨折切开复位术
	术前禁饮食
	术区备皮
	阿托品 0.5mg 苯巴比妥(鲁米那) 0.1g　im, 术前30min

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科全麻术后护理常规	5%葡萄糖氯化钠 500ml 维生素 C 2.0g　　iv drip
二级护理	
流质饮食	血常规
氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口液)漱口,tid	下颌骨全景片
青霉素 800 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　　iv drip,qd	

(三) 中医会诊

本病中医无相关论述。

八、髁突骨折

(一) 概述

髁突骨折的治疗，历来为一有争议的问题，但大多数人皆支持非手术疗法，即采用颌间固定。开放整复仅用于髁突骨折后移位并成为功能活动的障碍时，或牙齿不能利用作颌间固定时，或髁突骨折移位进入颅中凹时。儿童的髁突骨折治疗与成人同，但如颌间固定，固定时间宜在 5～8 天。如加强功能训练，愈合快，很少影响生长发育及功能。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史　重点了解受伤部位、方向、张口及咬合等功能障碍情况。

(2) 体征

① 耳前部肿胀。单侧颞下颌关节髁颈部骨折可表现为同侧耳前部肿胀；双侧颞下颌关节髁颈部骨折可表现为双侧耳前部肿胀，但髁颈部骨折移位不明显时，早期耳前部肿胀可不明显。

② 耳前部疼痛。尤以张口及耳前或颏部触诊时疼痛明显。

③ 咬合错乱。咬合错乱是髁颈部骨折较为典型的临床表现。单侧髁颈部骨折时可表现为患侧牙列早接触，而健侧开殆；双侧髁颈部骨折时可表现为后牙早接触，而前牙开殆；骨折移位不明显时，咬合关系可表现为良好，但随着活动骨折断端移位错开后，咬合关系可表现为错乱。

④ 髁突颈部骨折时，可伴发外耳道贯通伤或颅中窝骨折。

(3) 辅助检查　拍曲面断层片；双侧眼眶升支位片及三维 CT 片髁颈部可见明显骨折线。

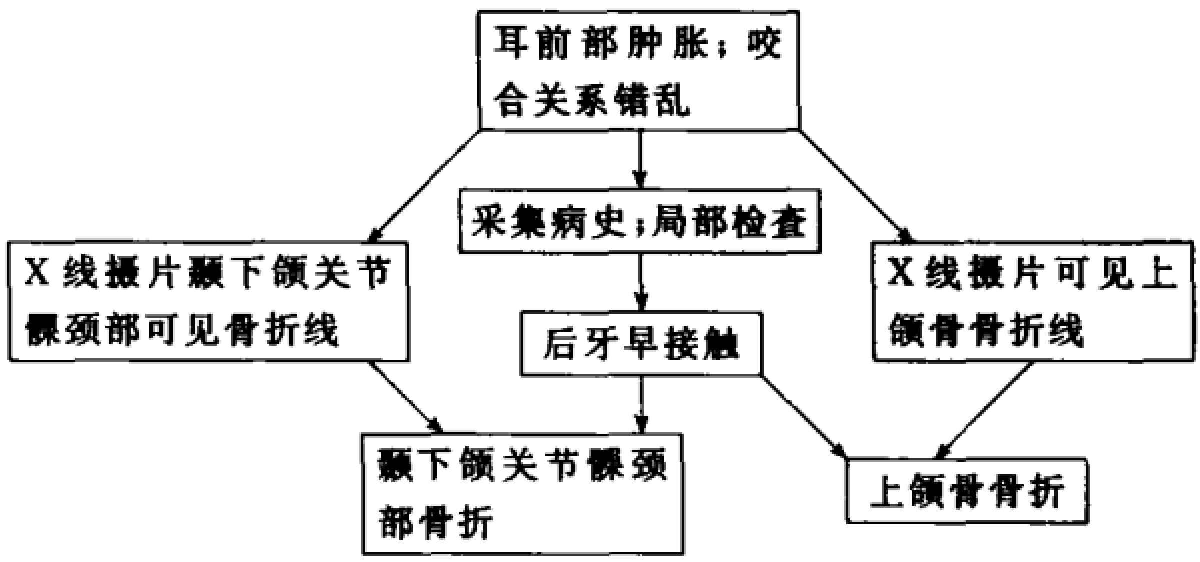
2. 鉴别诊断

根据病史、典型的临床表现及 X 线摄片可做出明确诊断。但需与上颌骨骨

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

折相鉴别，此已在上颌骨骨折中陈述。

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则

① 非手术疗法。髁突颈部骨折首选保守疗法。儿童髁颈部骨折，无论髁突移位与否及移位多少，均主张采用非手术疗法。

② 手术指征。

a. 髁突近心端完全断裂后移位的中位、低位骨折。

b. 髁突近心端不完全断裂，但髁突移位后的倾斜角度大于30°的中位、低位骨折。

c. 陈旧性髁突骨折已错位愈合者。

d. 磨牙缺失或Ⅱ～Ⅲ度松动，不能实施颌间牵引复位者。

e. 髁突有明显压迫症状或髁突断端已损伤周围组织。

f. 髁突移位已嵌入颅底或外耳道者。

g. 经保守治疗失败者。

（2）治疗措施

① 复位方法选择。

a. 手法复位。早期移位不明显的简单骨折或骨折片较活动者。

b. 牵引复位。手法复位困难者或骨折断端已有纤维愈合者。可在磨牙后区放置厚2～3mm的橡皮垫做弹性牵引。

c. 手术复位。手法复位与牵引复位无法达到准确复位或均失败者，已错位愈合的陈旧性骨折；开放性骨折需做骨间固定者。

② 固定方法选择。

a. 颌间固定。是髁突骨折固定的常用选择方法，可用牙弓夹板或简单颌间结扎固定等。

b. 颅颌弹性绷带固定。是儿童髁颈骨折常用的方法。也可作为颌间固定的辅助固定法。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

c. 骨间内固定。通过开放性创口或行耳前及颌下切口暴露骨断端，用小钛板或克氏针行骨间固定。

(3) 疗程　髁颈骨折一般固定 2 周。拆除固定后，应尽早行开口训练，以免发生关节强直。

5. 医嘱示范（以 29 岁，54kg 女性为例）

长　期　医　嘱	临　时　医　嘱
口腔外科护理常规	inj TAT 1500U, im (A. S. T)
二级护理	血常规
流质饮食	尿常规
生理盐水注射液 500ml 青霉素 480 万单位　iv drip, bid(A. S. T)	便常规 肝功能
10%葡萄糖注射液 500ml 肌酐 0.4g 辅酶 A 100U ATP 40 mg 维生素 C 2.0g　iv drip, qd	曲面断层片 双侧眼眶升支位片
5%复方氨基酸注射液 500ml, iv drip, qd	

术后医嘱参见“下颌骨骨折医嘱示范”。

(三) 中医会诊

本病中医无相关论述。

第三节　复杂性骨折

一、概述

复杂性骨折多由严重的交通事故、高空坠落和严重的暴力损伤造成。一旦发生多骨骨折，面部则遭受严重破坏，且经常累及颅底和颅脑、胸腹脏器和四肢。

二、查房内容

(一) 诊断依据

1. 病史

应仔细询问致病原因，受伤当时的情况，有无昏迷史等。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 体征

① 严重的全身重要脏器伤。首诊时患者常有明显的颅脑损伤症状，如昏迷、颅内血肿以及脑脊液漏等；腹腔脏器如肝脾损伤导致的腹腔出血、休克等；颈椎、四肢和骨盆的骨折。

② 面部严重扭曲变形。由于骨性支架破坏，面部出现塌陷、拉长和不对称等畸形；可有眼球内陷，运动障碍，眦距不等，鼻背塌陷等改变，严重时常有软组织的裂开或撕裂伤。

③ 咬合关系错乱。全面部骨折最明显的改变是咬合关系错乱，患者常呈开𬌗、反𬌗等状态，伴有张口受限等症状。

④ 功能障碍。患者常伴有复视甚至失明，眶下区、唇部的感觉障碍等。

3. 辅助检查

① 三维 CT 或常规 CT 片。可详细了解颅骨、面部诸骨及胸椎等的骨折情况。

② 瓦氏位及颧弓切线位片。可了解上颌骨、颧骨及颧弓的骨折情况。

③ 曲面断层片。可了解上下颌骨及颞下颌关节髁颈部的骨折情况。

④ 双侧眼眶升支位片。可判定颞下颌关节髁颈部是否有骨折。

⑤ 胸片。可了解肋骨有无骨折。

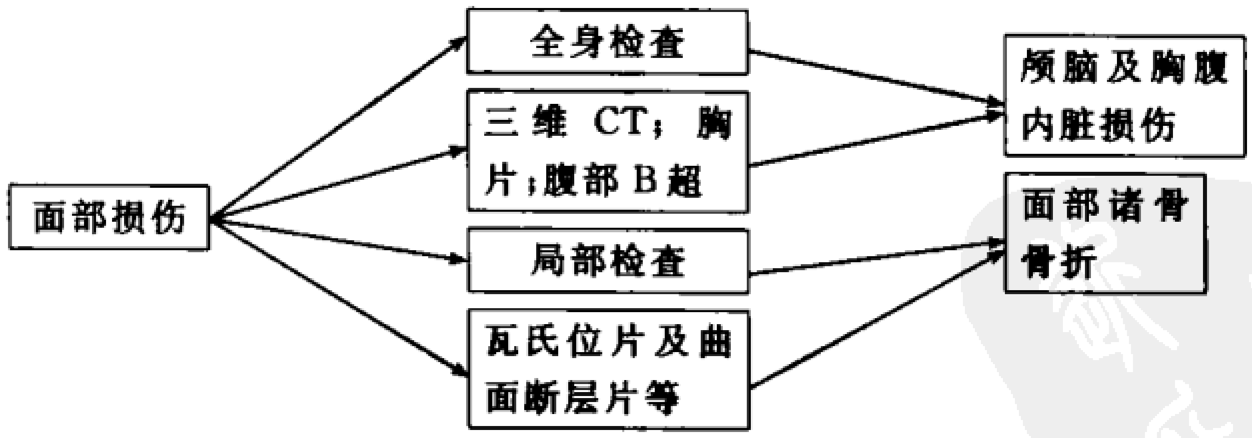
⑥ 腹部 B 超检查。可对内脏肝、胆、脾及双肾等重要器官的损伤情况作出明确判断。

⑦ 血常规。可了解失血情况。

（二）鉴别诊断

全面部骨折的诊断通过体检与辅助检查不难作出，但由于全身诸多骨骼骨折，常常容易漏诊，因此检查时应特别注意。

（三）病情分析思路



（四）治疗方案

1. 治疗原则

① 以全面部骨折就诊的复杂性骨折，在首诊时必须早期对伤情作出正确判断，应首先处理胸、腹、脑、四肢伤以及威胁生命的紧急情况。昏迷的伤员应注意保持呼吸道的通畅，严禁作颌间结扎固定，严密观察瞳孔、血压、脉搏和呼吸

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

的变化。及时纠正休克，处理出血，解除呼吸道梗阻。

② 恢复伤员正常的咬合关系；恢复面部的高度、宽度、突度、弧度和对称性；复位内眦韧带和眼球的移位和内陷；修复明显的骨缺损。

2. 治疗措施

① 手术时机。应争取尽早复位固定，仍可采用颅颌固定和颌间固定等传统方法。手术可在伤后2～3周内进行。可一次手术或分期手术。

② 骨折复位的顺序。全面部骨折后，常使骨折的复位失去了参照基础，因此复位的顺序和步骤显得非常重要。对于有牙船伤员，一般采用的是由下向上、由外向内复位的原则。先行下颌骨复位，后行上颌骨复位，因为下颌骨骨质较厚，强度大，发生粉碎性骨折的概率较上颌骨少，容易达到精确复位与固定，恢复形态。当下颌骨的形态与咬合重建后，上颌骨以下颌骨咬合关系为参照进行复位，然后以领间固定维持咬合关系，即可恢复面中部的高度。接下来复位颧骨、颧弓骨折，以恢复面部的宽度及侧面的对称性。最后复位鼻-眶-筛骨折、眶底骨折和内眦韧带，完成侧面突度的重建。经验证明这是一种良好的复位固定程序。但此种方法对无牙船伤员则不适用，此时，可根据情况利用原来的义齿参照进行复位，或尽量进行比较接近船关系的骨折复位。

③ 手术入路。严重的全面部骨折的手术切口应综合设计，如面部有软组织开放伤口，可利用伤口作骨折的复位内固定。闭合性骨折时，一般上面部和中面部骨折采用全冠状切口，可加用睑缘下切口，下颌骨根据骨折部位选择口外局部切口或口内切口。这样几乎可暴露全面部骨折线，进行复位与固定。全面部骨折常需要植骨，冠状切口可就近切取半层颅骨作为植骨材料，用以修复眶底、上颌骨缺损，免除了另开手术区的缺点。

④ 面部以外的其他部位骨骼骨折，应及时请相关科室协助治疗。

3. 疗程

同“上、下颌骨骨折”。

（五）医嘱示范

同“上、下颌骨骨折”。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第四节 口腔颌面部火器伤

一、概述

火器伤是指由火药作为动力发射或引爆的投射物所引起的伤害，主要包括枪

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

弹伤和爆炸伤。对早期正确处理颌面颈部火器伤，挽救伤员生命，减少残疾畸形以及为后期治疗创造良好条件，实属非常重要。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史

致伤因素，外伤作用部位，时间及全身状况。

2. 体征

（1）全身情况　应注意检查病人的血压、脉搏、呼吸、瞳孔及意识状况有无异常。

（2）颌面部检查

① 伤情重、多见继发伤。弹头或弹片，尤其是高速投射物，可在组织内瞬间释放大量能量，形成瞬时空腔，使伤道周围组织产生严重损伤。骨片及牙片又可以造成周围组织的继发损伤，常常形成组织的严重破坏。

② 贯通伤多。颌骨贯通伤多为入口小而出口大的伤口；软组织贯通伤出入口差别不明显；近距离火器伤尤其是猎枪伤，则常常入口大而出口小。

③ 组织内多有异物存留。多发生于盲管伤。如投射物质量小，遇到骨组织的阻力，速度迅速下降，或改变方向，可滞留于上颌窦、颞下窝或颅底等部位。下颌骨火器伤时，金属异物可嵌入骨内或颌周及颈部软组织中。如为火药枪或散弹枪，异物可广泛分散于颌面部软组织中，给取出带来困难。除金属异物外，还可有碎石块和其他外界异物。

④ 伤口均有细菌污染。污染的细菌可由致伤物形成的瞬时空腔负压带入；当地面爆炸时，可将泥土内的细菌带进伤口；伤口与鼻腔、口腔和窦腔相通时，直接暴露于细菌污染环境；此外，牙碎片进入组织时也可将细菌带入。

3. 辅助检查

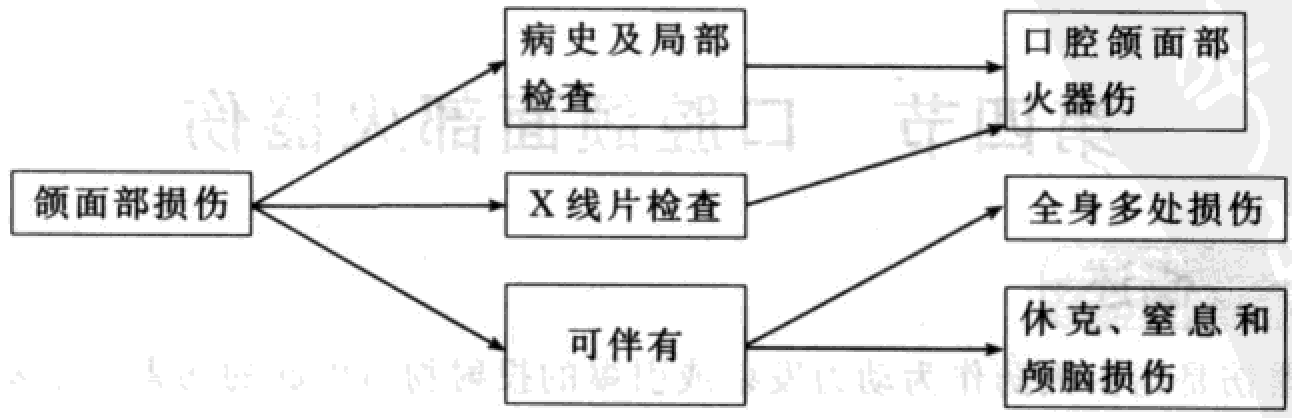
（1）X线片（正位、侧位）　确定骨折和异物情况。

（2）定位X线片　确定异物位置（深部异物）。

（二）鉴别诊断

根据病史及临床特征诊断并不困难。一般无需鉴别。

（三）病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(四) 治疗方案

1. 治疗原则

① 积极抢救，保证呼吸道通畅，暂时包扎止血，预防休克发生。

② 全身情况许可下，及时进行彻底仔细的清创。

③ 对深部异物，应先摄片定位，确定位置后才能手术。

④ 组织缺损一般在后期进行整复治疗。

2. 治疗措施

① 急救。如呼吸道梗阻，应先行气管切开术，注意抗休克、止血治疗。

② 软组织伤处理。先处理口腔内侧深面的创口，后处理口腔外侧表浅创口，尤其要注意清除异物。原发伤道和挫伤区应作为重点；应清除部分可能坏死的组织，以防坏死后引起感染。创缘的修整比一般清创术应彻底些，对失去活力的组织要毫不犹豫地切除。对深部盲管伤应放置引流。如为爆炸伤，由于软组织创缘常有烧灼及震荡伤，应作定向缝合，局部用高渗盐水或硝呋醛液湿敷引流，待坏死组织分解脱落后，再作二次拉拢和延期缝合。过早作初期严密缝合反易促使感染扩展，创口裂开。

③ 火器性颌骨骨折处理。

a. 碎骨片处理。伤后 24h 内，将碎骨片冲洗干净，浸于抗生素生理盐水当中，在清创后将碎骨片放回原处，有可能再植成功。

b. 骨缺损小于 1.5cm 时，可自行愈合，不需植骨。对于需植骨病例，在创口愈合 2 周后即可考虑植骨。有条件时，清创时可立即采用带血管蒂的骨游离移植。

c. 骨折线上牙的处理。火器伤粉碎性骨折线上的牙常为感染灶，应予拔除。

d. 骨折复位、固定。常选用带钩牙弓夹板颌骨固定，恢复和保持良好咬合关系。

e. 有骨质缺损者，可将两断端间支架固定，保持各骨段位置。

f. 暴露的骨面需用周围组织覆盖或碘仿纱布覆盖。

④ 大剂量全身抗生素，常规注射破伤风抗毒素（TAT）。

3. 疗程

① 伤后 5～10 天，创口已同口腔隔绝，软组织无化脓坏死，骨组织也无感染时，可做缝合，放低位引流。

② 如伤口化脓，有死骨，需在伤后 25 天以后，碎骨片与软组织分离后，再次手术清创。

③ 如治疗不彻底，发生火器性骨髓炎，可在伤后 6 周手术清除化脓病灶。

4. 并发症及其防治

① 吸入性肺炎。严重火器伤伴有昏迷病人，口腔内的分泌物、血块、细菌等吸入肺内，可引起吸入性肺炎。主要是防止口腔内感染物吸入肺内。运送伤员时采用俯卧位或侧卧位。病房中，清醒病人可取半坐位。尽早清创，骨折固定，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

鼓励咳痰及呼吸运动，促进肺循环。防止呛咳，定期口腔清洁。及时给予抗生素。如发生感染，则按内科原则进行处理。

② 继发性出血。可分为机械性出血和感染性出血。机械性出血多发生在伤后前几日内，暂时覆盖破裂血管的血凝块脱落；金属异物或碎骨片损伤血管壁。感染性出血则是因创口感染化脓，引流不畅，血管壁受腐蚀破裂，发生时间在5～10天。主要的预防措施有及时正确处理伤口，清除异物，充分止血；伤道在下颌角、下颌支内侧、翼腭窝及舌根者，更应充分引流；如有感染、化脓，应拆除缝线后敞开，湿敷引流，严密观察。

③ 火器性骨髓炎。颌骨火器伤因处理不当，导致感染及游离碎骨片坏死，创口化脓经久不愈，导致火器性骨髓炎。主要病变是在异物和死骨周围形成化脓灶。因为有引流口，临床症状轻，多为慢性过程。其治疗早期为清创引流，后期手术清除死骨及感染灶。

④ 张口受限。因骨折片移位，颌间瘢痕挛缩，异物遗留所造成纤维组织增生或颞下颌关节损伤致关节强直等造成。预防措施为伤后将移位的骨折片及早复位、固定，口内无法关闭缝合的软组织创面，应游离植皮修复，防止瘢痕挛缩，颞颌关节损伤后，早期张口训练，如已发生关节强直则行手术治疗。

⑤ 错位愈合及假关节形成。颌骨骨折未正确复位而引起错位愈合，骨折缺损超过1.5cm，两断端致密骨质增生，中央不连接，形成假关节。预防措施有早期进行正确复位固定，清创中尽量保留骨组织，减少骨缺损。骨缺损超过1.5cm应植骨修复。发生错位愈合，如影响功能，应手术切开复位，重新固定在正常位置上。对于假关节，需将两断端的硬骨质截除后，植骨修复。

（五）医嘱示范（以30岁，72kg男性为例）

长期医嘱		临时医嘱
口腔外科护理常规		inj TAT 1500U,im (A. S. T)
一级护理		血常规
流质饮食		尿常规
吸氧		便常规
每2h测体温、脉搏、呼吸、血压及观察瞳孔		肝功能
生理盐水注射液 500ml 青霉素 480ml	iv drip, bid(A. S. T)	血生化 心电图
0.5%甲硝唑注射液 100ml,iv drip,bid		三维CT
5%复方氨基酸注射液 500ml,iv drip,qd		胸片
复方氯化钠(林格溶液) 500ml,iv drip,qd		曲面断层片

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱
	神经外科会诊
	骨科会诊
	胸外科会诊

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第五节 口腔颌面部异物

一、概述

口腔颌面部异物多见于火器伤或意外伤后，也可在手术时或注射麻醉药物时发生。异物可以是子弹、锯片、注射针、缝合针等金属，也可以是玻璃、木片、牙片、泥土等。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史

① 有颌面部损伤史（如枪弹伤、擦伤、刺伤等）、麻醉药物注射史或手术史。

② 有异物反应，红肿，疼痛，张口、闭口功能障碍等。

2. 体征

① 异物表浅时，可触及硬块但是若伤口已愈合则能摸到的硬结可能是瘢痕，而非异物，可见色素沉着。

② 可有局部红肿，炎性反应，疼痛程度不一。

③ 长期炎症时，可形成窦道。

3. 辅助检查

① 透明插针定位。在异物的大致位置周围不同方向插入 2～3 根注射针头，达到适当深度（接近异物）。

② X 线定位片。拍两张互成直角的 X 线片，一为前位（或后前位），一为侧位，确定金属异物的位置。

③ 超声定位。有些非金属异物可采用超声检查判断其位置，并判断异物与

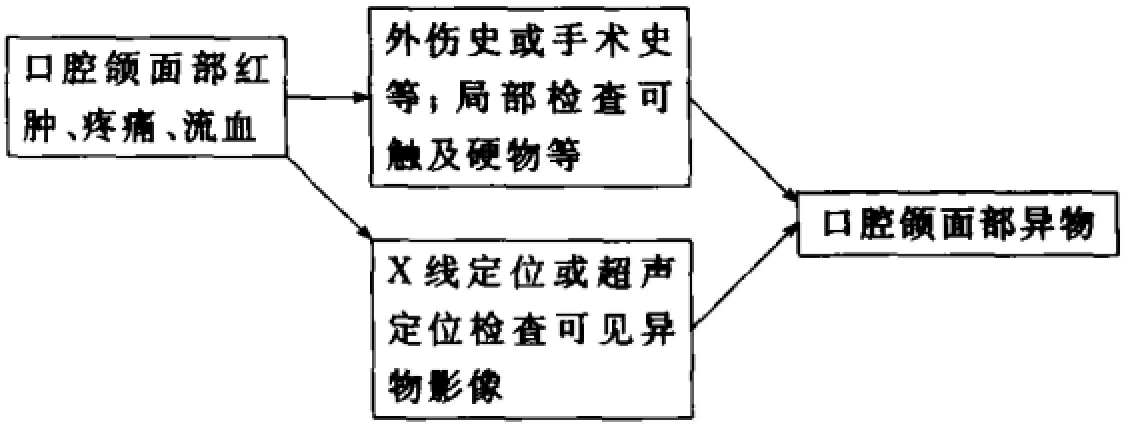
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

大血管的毗邻关系。

(二) 鉴别诊断

根据病史、临床表现及X线定位或超声定位即可作出明确诊断。

(三) 病情分析思路



(四) 治疗方案

1. 治疗原则

① 开放性创口或可触及之浅表异物，可在清创的同时取出。

② 深部异物应定位后再取或待其包裹数周后再行手术取出；紧邻重要结构如血管、神经时，可暂不取出。

③ 留有异物多年（多为深部异物），如无特殊不适且取出困难时，也可不取。

2. 治疗措施

（1）表浅异物取出　如果伤口尚未闭合，则在伤口内伸入止血钳，多可将异物夹出，或用刮匙将异物挑刮出。用眼科手持电磁吸铁器探查多可将伤后不久的表浅异物吸出。如吸铁器不能进入伤口内，可用止血钳伸入伤口内，然后用电磁吸铁器接触止血钳，间接地将异物吸出。如果伤口已闭合，在皮肤上即可扪准其下面的异物，常规消毒后，左手食指、中指将异物固定，在异物深部作浸润麻醉，右手持尖刀挑开皮肤，将钳伸入切口，即可将异物取出。

（2）先找出标志再寻找异物　术前预先定的标志多为骨性标志，其次为肌肉等软组织，手术时按照预先设计的进路，沿一定的肌肉或筋膜层次分离，寻找标志，如果部位较深则只能用手指扪摸标志。当找出标志后，再按照手术前研究的异物和标志的方位和距离，寻找异物。实践证明这是一个行之有效的方法。

（3）针刺探查寻找异物　寻找异物时，常一面分离，一面扪摸。但如异物距伤口边缘较远，或虽距伤口边缘较近，因软组织有退让，不易扪出。此时，常用细针刺探异物可能存在的软组织，针尖抵触到硬物时不能穿过，可能即为异物，用力穿刺到异物时常出现疼痛感觉。此时，应分析针抵触的硬物是否是骨骼的某一部分。沿针刺的硬物方向寻找，常可找到异物。为了减少组织损伤，穿刺的针头要细，也可用针麻针。

（4）透视下寻找异物　有些异物需在透视下寻找。当暴露已达异物的部位而

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

又寻找不着时，即可采用此法直接透视取出。在透视下用止血钳分离异物，并夹持该处的组织，看异物是否随之移动，并观察异物离钳夹的距离和相互的方位，再分离寻找。

(5) 恒磁寻找异物　0.25～0.35T 的恒磁，对 2cm 左右深的磁性异物可显示其吸引力，有助于定位，并可在手术时吸出表浅的弹片。在早期的伤口，放入磁铁可吸出弹片，有时是手术难以找到的芝麻粒大小的弹片。在中期战伤取弹片时，将恒磁放入切口内，有时也可帮助找到弹片。

(6) 插针定位　在透视或电视下往往异物清晰可见，但切开组织后却找不到。这是因为在透视下所见与实际位置有差异，此时可再用插针定位。即在透视下穿入一针，针尖刺到想象中异物的位置，也可插入互成直角的两根针。然后根据异物与针尖的关系寻找异物。有时不在透视下，用针插到想象中异物存留的部位，再拍 X 线片，然后再寻找异物。

(7) 防止异物移位　在摘除异物过程中，应防止异物移位，如果异物移位更不容易寻找。因此不可用器械作不适当的插拨，尤其对伤后不久的异物。当异物存留较久，又无明显感染时，周围已形成纤维性包膜，则不易移位。有时为了防止异物移位，需用手指将异物压在邻近的硬组织上，再分离并夹出。

(8) 取出异物　异物既已被找到，即应以适当的方法顺利取出。在夹取之前，可用钳子轻轻地碰几下，体会异物的主体在何方，考虑夹住后用什么方法才可取出，然后再夹住取出。如果异物存留过久，周围已有纤维包膜，则应以器械将包膜拨开，再夹出。尤其应当注意的是不能在取出异物时拉破大血管，造成致命的危险。如异物靠近大血管或重要神经，可先伸入一手指，慢慢将异物与血管或神经分离开，然后贴着指面将钳伸入，靠手指和钳尖的感觉将异物取出。有时也可用刮匙将异物刮出。

(9) 异物摘除后伤口的清理　主要异物取出后，还应仔细检查和取出伤口内的其他细小异物，以及非金属类的异物，如破布、棉花、草根、碎石、碎骨、碎牙片等。异物的伤口内常有炎性肉芽组织，应细致地刮除。

3. 疗程

① 放置引流条 24～48h 后取出。

② 如异物未取，应定期复诊检查（半年至 1 年间隔时间）。

（五）医嘱示范

参见“口腔颌面部火器伤”。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

（周伟东　刘　学）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第四章　口腔颌面部囊肿和良性肿瘤

第一节　囊肿和囊肿样病变

一、软组织囊肿

（一）皮脂腺囊肿

1. 概述

皮脂腺囊肿是因皮脂腺排泄管阻塞，皮脂腺囊状上皮被逐渐增多的内容物膨胀而形成的潴留性囊肿。大部分病人门诊手术治疗，囊肿较大或并发感染以及多发性囊肿常需住院治疗。

2. 查房内容

（1）诊断依据

① 病史。皮脂腺囊肿常见于面部，一般发生比较缓慢，多数无自觉症状，如继发感染时，局部可有疼痛、红肿以及化脓。治疗不彻底，囊肿可反复发作。

② 体征。皮脂腺囊肿常见于面部，大小不一，小的如绿豆，大则可至小柑橘样，位于真皮或皮下组织内，与表面皮肤紧密粘连，并向皮肤表面突出，中央可有一小色素点，囊肿周界清楚，基底部活动。继发感染出现皮肤红肿、疼痛甚至化脓。该囊肿一般单发，也有多个囊肿或身体多部位发作。

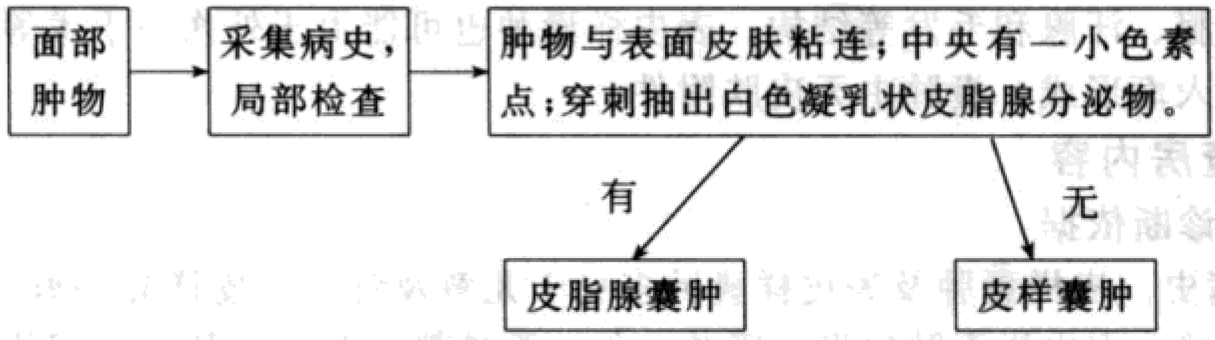
③ 辅助检查。血常规一般正常；彩超诊断为囊性肿物；穿刺囊内为白色凝乳状皮脂腺分泌物。

（2）鉴别诊断

疾病名称	临　床　表　现	穿刺囊内容物
皮脂腺囊肿	部位表浅，与表面皮肤粘连，中央有一小色素点	可抽出白色凝乳状皮脂腺分泌物
皮样囊肿	可位于黏膜或皮下较深的部位或口底诸肌之间，与表面皮肤无粘连，触之有面团感	可抽出乳白色豆渣样分泌物，大体标本可见毛发

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(3) 病情分析思路



(4) 治疗方案

① 治疗原则。皮脂腺囊肿形成后应手术切除，囊肿及粘连的皮肤一并切除。

② 治疗措施。

a. 全身状况良好、无手术禁忌证的病人均应手术治疗。

b. 在局麻下手术切除。沿面部皮纹方向作梭形切口，切除应包括与囊壁粘连的皮肤。切开皮肤后锐性分离囊壁，将囊肿全部摘除，然后缝合；如皮脂腺囊肿并发感染形成脓肿时，应先切开引流并抗感染治疗，待感染控制后，再行囊肿及粘连皮肤切除术，也可用中药（七三丹或八二丹）或石炭酸等腐蚀剂烧灼囊腔，待囊壁腐蚀脱落后多可自行愈合。

③ 疗程。

a. 切口正常愈合 5～7 天拆线。

b. 如囊肿并发感染，待感染控制 2～3 个月后再行手术切除。

(5) 医嘱示范（以 23 岁，62kg 男性为例）

长期医嘱	临时医嘱	长期医嘱	临时医嘱
口腔颌面外科护理常规	血常规	普通饮食	便常规
二级护理	尿常规	林可霉素 0.6g,im,bid	囊壁病理检查

3. 中医会诊

(1) 内治法　气郁痰凝证。

[症状] 肿块多为单个，少数为多发，大小不一，瘤体柔软如绵，推之可移动，皮色不变，生长缓慢；舌淡，苔白，脉滑。

[治则] 理气健脾，化痰散结。

[方药] 选用化坚二陈丸合十全流气饮加减。陈皮 5g，半夏 5g，茯苓 12g，甘草 3g，黄连 5g，僵蚕 15g，乌药 5g，川芎 10g，当归 10g，白芍 10g，香附 10g，青皮 10g，木香 5g。

(2) 外治法　用阳和解凝膏外贴。

(二) 皮样囊肿及表皮样囊肿

1. 概述

皮样囊肿及表皮样囊肿为胚胎发育时期遗留于组织中的上皮细胞发展而形成

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

的囊肿。皮样囊肿囊壁较厚，由皮肤和皮肤附件所构成，囊腔内有脱落的上皮细胞、皮脂腺、汗腺和毛发等结构。表皮样囊肿也可能由于外伤、手术等原因使上皮细胞植入而形成，囊肿中无皮肤附件。

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。皮样囊肿及表皮样囊肿多见于儿童及青年，皮样囊肿好发于口底、下颌下区域；表皮样囊肿好发于眼睑、额、眶外侧、鼻周、耳下等部位。生长缓慢，一般无自觉症状。

② 体征。皮样囊肿或表皮样囊肿多为单发，呈球形，界限清，表皮光滑，挤压肿块时坚韧有弹性，似面团样，与皮肤及黏膜无粘连。根据囊肿所在部位临床可分为三种类型。

a. 在舌下区、颏舌肌间，口底黏膜受压变薄，透过黏膜可见黄色囊肿壁。囊肿体积较大时可将舌抬起并推向后，出现语言、吞咽及呼吸功能的异常。

b. 在颌舌骨肌及颏舌肌下的颏下三角区内，舌下区无异常表现。

c. 哑铃形，即在颏下区和舌下区均可触及肿块。舌体部偶见皮样囊肿发生。

③ 辅助检查。

a. 实验室检查。血常规检查一般无异常，如继发感染，白细胞计数可增高。

b. 影像学检查。

ⅰ. CT 及 MRI 检查。由于皮样囊肿及表皮样囊肿位置较浅，界线清，一般不需 CT 及 MRI 检查，如肿块较大，或并发感染后与周围组织粘连可考虑行该项检查。

ⅱ. 彩色超声检查。可显示肿瘤的大小及界限情况，以及判断肿块为囊性或实性。

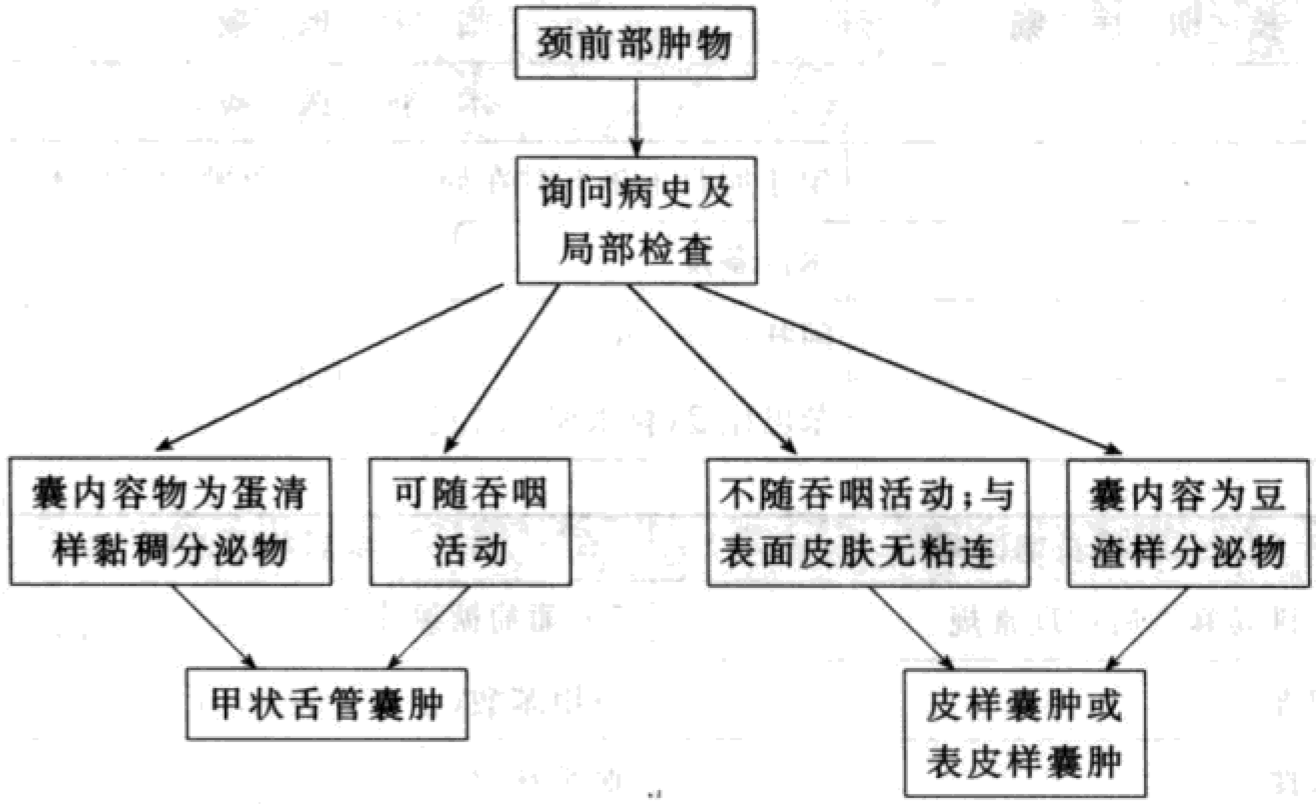
c. 穿刺检查。穿刺可抽出乳白色豆渣样分泌物，镜下可见脱落的上皮细胞、毛囊和皮脂腺等。

(2) 鉴别诊断　颏下区皮样囊肿及表皮样囊肿应注意和甲状舌管囊肿鉴别。

疾病名称	临床表现	穿刺囊内容物
皮样囊肿及表皮样囊肿	囊肿不随吞咽活动，和舌骨并无明显附着关系	白色豆渣样分泌物
甲状舌管囊肿	舌骨下囊肿与舌骨体相连，可随吞咽或舌动作而移动	蛋清样黏稠分泌物，淀粉实验阳性

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(3) 病情分析思路



(4) 治疗方案

① 治疗原则。皮样囊肿及表皮样囊肿的治疗原则相同，均需手术切除。如在急性炎症期应先控制炎症。

② 治疗措施。

a. 位于颜面部的皮样囊肿或表皮样囊肿，沿皮纹方向在囊肿表面做切口，显露囊肿后在囊壁外围分离，完整摘除分层缝合。

b. 口底的囊肿如位于下颌舌骨肌、舌骨舌肌等肌上并向口内隆起，经口内黏膜切口，摘除囊肿。如位于肌层以下向下颌下部突起的囊肿，则施行下颌下部弧形切口摘除囊肿，分层缝合，并放置引流条引流。

c. 口底巨大皮样囊肿或表皮样囊肿，宜采用口内外联合切口，必要时切断部分肌肉，以利完整摘除囊肿再按层严密缝合，避免形成口底瘘。

③ 疗程。

a. 引流条放置 24～48h，渗出不多即可拔除。

b. 5～7 天可拆除缝线。

(5) 医嘱示范（以 23 岁，55kg 女性为例）

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规、尿常规、便常规
二级护理	出血、凝血时间
半流质饮食	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎
	胸片

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱	
	术前医嘱	
	定于明日上午8时在局麻下行颏下肿物切除术	
	术区备皮	
	阿托品 0.5mg	im，术前 30min
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g	

术后长期医嘱		术后临时医嘱	
口腔外科局麻术后护理常规		5%葡萄糖氯化钠 250ml	iv drip
二级护理		氨甲苯酸(止血芳酸)0.1g	
流质饮食		血常规	
青霉素 640 万单位	iv drip，qd		
5%葡萄糖氯化钠 500ml			

3. 中医会诊

参见“皮脂腺囊肿”。

（三）甲状舌管囊肿（瘘）

1. 概述

甲状舌管囊肿来源于甲状舌管上皮残余。在胚胎第4周时，原始咽底部位的甲状腺始基，开始逐渐向下延伸，此过程中常有中空的管即甲状舌管，大约在第10周时此管退化消失，仅在起始点处留下一浅凹即舌盲孔，如甲状舌管不消失，残余上皮分泌物聚积可形成甲状舌管囊肿。

2. 查房内容

（1）诊断依据

① 病史。此囊肿多见儿童少年时期，也可见于其他年龄组。囊肿发生在颈正中线，以舌骨上下部位最常见，肿瘤生长缓慢，病人多无自觉症状，往往是无意中发现。

② 体征。典型表现是在颈前正中部、舌骨和甲状软骨之间有柔软或稍韧、界限清楚的肿块，位于舌骨以下的囊肿与舌骨体相连，可随吞咽或伸舌动作而移动。囊肿不大，一般直径在5cm左右。少数病例稍偏正中而居一侧，以偏左侧者居多。甲状舌管瘘是甲状舌管囊肿因感染破裂或切开引流造成的。当咀嚼或吞咽活动时可以从瘘管溢出大量黏液或脓性分泌物。

③ 辅助检查。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

a. 实验室检查。血常规一般无异常，并发感染时白细胞计数可增高。

b. 影像学检查。

ⅰ. 彩超检查。可呈现囊性肿物。

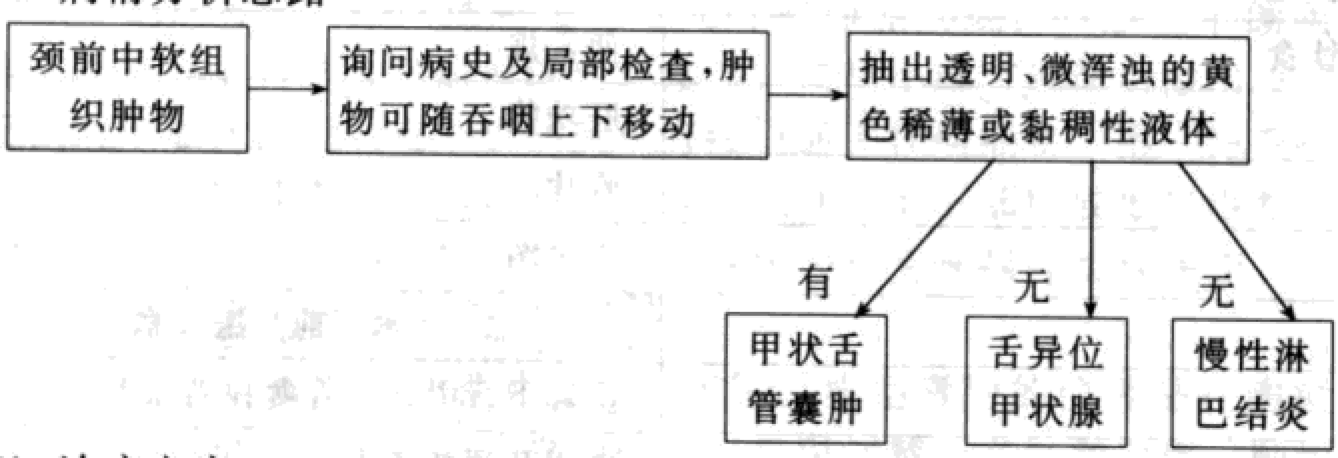
ⅱ. X线检查。如有瘘管碘油造影，可明确瘘管行径及分支瘘管情况。

c. 穿刺检查。可抽出透明、微浑浊的黄色稀薄或黏稠性液体。

(2) 鉴别诊断　根据病史、临床表现及辅助检查可作出诊断，但应注意与以下疾病相鉴别。

疾病名称	临床表现	核素^{131}I扫描	穿　刺	抗生素治疗
甲状舌管囊肿	位于舌骨下，囊肿可随吞咽上下移动	无核素浓集	抽出透明、微浑浊的黄色稀薄或黏稠性液体	无效
舌异位甲状腺	位于舌根部或舌盲孔，呈瘤样突起，表面呈紫色	有核素浓集	无	无效
下颌下慢性淋巴结炎	有时大时小的改变	无核素浓集	无	用抗生素治疗可使肿物缩小

(3) 病情分析思路



(4) 治疗方案

① 治疗原则。应手术切除囊肿或瘘管，而且应彻底，否则容易复发。手术的关键是，除囊肿或瘘管外一般应将舌骨中份一并切除。若仅切除囊肿或瘘管，由于舌骨中可能存在微细的副管，从而导致复发。

② 治疗措施。

a. 切口。在颈部作一横行切口，切口经过囊肿表面，其两端稍向上弯。如为瘘管，则围绕瘘口作一横行的梭形切口，将瘘口周围粘连的皮肤一并切除。切口长度一般为4～5cm。若瘘口位置较低，可在舌骨平面作第二个切口。手术开始前，可先将1%美蓝注入囊腔或瘘管内，以便于术中识别瘘管。

b. 分离。沿切口设计线，切开皮肤、皮下组织和颈阔肌，即可显露囊肿或瘘管。沿瘘管或囊肿表面向上分离直达舌骨体，因囊肿或瘘管常与甲状舌骨肌粘连，故应细心分离，避免损伤肌层深面的甲状舌骨膜。又因喉内神经走行于甲状舌骨膜的外侧部分，故分离囊肿外侧部分时应紧贴囊壁小心分离，勿损伤喉内神经。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

c. 切断舌骨。分离囊肿或瘘管至舌骨体下缘时，在囊肿或瘘管与舌骨体粘连的两侧（舌骨体中部两侧），切开舌骨膜及其肌肉附丽，用骨剪剪断舌骨，此时囊肿或瘘管与舌骨体中段可一并游离。截除的舌骨体长约 1cm。

d. 切除瘘管。在舌骨体上方，沿中线切断下颌舌骨肌部分肌纤维，分开颏舌骨肌，由助手将食指伸入病人舌根部，将舌盲孔推向前方，缩短盲孔至舌骨的距离，便于手术操作。然后将舌骨体中段及与其相连的囊肿或瘘管轻轻提起，将瘘管连同其周围 2～3mm 的肌肉组织一起作柱状组织切除，直达舌盲孔部位，在基部结扎后切断之，或将整个管道连同舌盲孔处的内口一并切除。舌根部伤口用肠线缝合，其下方肌层间断缝合数针。

e. 缝合。冲洗创腔、彻底止血后，将创腔内肌层缝合数针，放置橡皮引流条，然后缝合颈阔肌、皮下组织与皮肤。

③ 疗程。术后 24～48h 抽出引流条；术后 6～7 天拆除缝线。

（5）医嘱示范（以 7 岁，30kg 男性为例）

长　期　医　嘱	临　时　医　嘱
口腔外科护理常规	血常规
三级护理	尿常规
普通饮食	便常规
	肝功能
	胸片
	心电图
	术　前　医　嘱
	全麻下行甲状舌管囊肿摘除术
	口周及颈部备皮
	青霉素皮试
	阿托品 0.4mg 苯巴比妥(鲁米那)0.1g　im，术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科局麻术后护理常规	5%葡萄糖氯化钠 250ml 氨甲苯酸(止血芳酸)0.1g　iv drip
二级护理	
流质饮食	
青霉素 640 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　iv drip，qd	

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 中医会诊

参见“皮脂腺囊肿”。

(四) 鳃裂囊肿（瘘）

1. 概述

鳃裂囊肿属先天性鳃裂畸形的一种，对其组织发生尚有不同的看法。Bhaskar 和 Bernier 认为是发生自包含有涎腺组织的淋巴结，称之为淋巴上皮囊肿。但很多学者反对这一观点，Little 和 Rickle 从胚胎学及临床研究表明鳃器残余能够埋入发育中的淋巴结内，而后发生囊性变化。鳃裂囊肿的组织发生仍和胚胎鳃器发育异常有关。

囊肿如感染后自行破裂或切开后可形成鳃裂瘘。

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。鳃裂囊肿可发生于任何年龄，但常见于 20～50 岁。鳃裂囊肿一般无自觉症状，肿物生长比较缓慢，如继发感染，可伴有疼痛，发生上呼吸道感染时肿块有骤然增大的可能。

② 体征。

a. 第一鳃裂异常。第一鳃裂瘘在婴儿时期即能发现，一般在下颌角处或在耳屏前或耳垂后下胸锁乳突肌前缘出现瘘口，或呈小结节破溃后溢出豆渣样分泌物。反复发作炎症，但也有不少病例仅有瘘口而无任何症状。第一鳃裂瘘常包含有软骨部分，和外耳道软骨密切相关，因此在外耳道下部形成瘘口溢脓，但鼓膜及鼓室正常。鳃裂囊肿则多见于青壮年，临床表现为腮腺肿块性病变。

b. 第二鳃裂异常。

ⓐ 第二鳃裂异常发生的囊肿远比瘘多见。典型囊肿的位置是在胸锁乳突肌前缘深面和下颌角下缘间。扪诊囊肿较软、界限清楚，有轻微动度。肿块逐渐增大，有时随上呼吸道感染而大小有所变化。发病年龄多系青壮年，性别无大差别。

ⓑ 第二鳃裂瘘在出生后或婴幼儿时期即可发现。典型瘘口位置是从胸骨切迹向上、沿胸锁乳突肌前缘存在，在中 1/3 及下 1/3 交界处，少数病例可双侧发生。

第二鳃裂瘘可以有三种类型：只有外口而无咽部内口，此型最常见；只有内口而无皮肤外口，此种情况可在颈部出现肿胀，切开引流后遗留瘘口不愈；既有外口，又有内口，瘘管走行的径路是在颈内、颈外动脉间，越过舌下神经，于二腹肌后腹下方，内侧开口于咽侧扁桃体区域。皮肤外口经常有黏液性分泌物外溢。有时内口很大，液体性食物可经此瘘管向外排出。探针探查瘘管可能会引起患者声哑、咳嗽、脉率减慢、面色苍白以至出汗、晕厥等。

c. 第三鳃裂异常。如果发生囊肿，其部位常在喉室外侧。瘘的开口在胸锁乳突肌前缘下 1/3 处。内外开口的完全性瘘其径路和第二鳃裂瘘相似，和颈鞘关

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

系密切，不过其内开口位置偏下，接近梨状凹区。

d. 第四鳃裂异常。极少见，如发生囊肿常易与胸腺囊肿相混淆。理论上如有瘘发生，其开口位置应在下颈或上前胸部。

③ 辅助检查。

a. 实验室检查。血常规检查一般无异常，如继发感染，白细胞计数可增高。

b. 影像学检查。

ⓐ 彩色超声检查。检查可呈现囊性肿物。

ⓑ X线检查。如有瘘管碘油造影，可明确瘘管行径及分支瘘管情况。

c. 穿刺检查。穿刺抽吸可见有黄色或棕色的清的含或不含胆固醇的液体。第一鳃裂瘘可伴有皮脂腺分泌物。

(2) 鉴别诊断

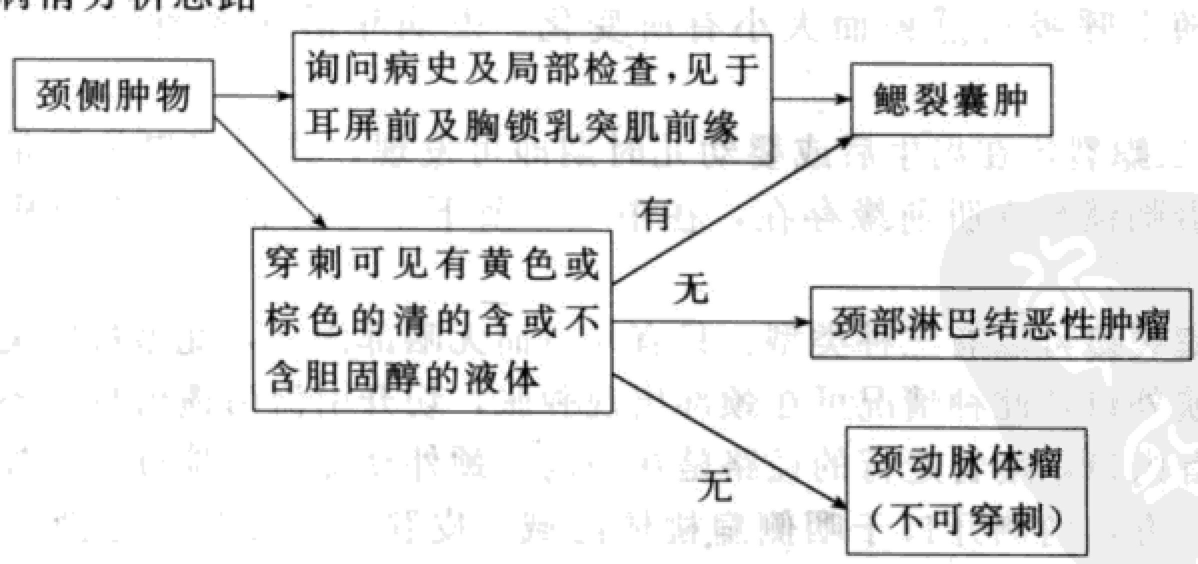
① 鳃裂囊肿与颈动脉体瘤鉴别。

疾病名称	临　床　表　现	彩超或颈动脉造影
鳃裂囊肿	肿物触诊时无明显搏动感	颈总动脉分叉处无瘤体显示
颈动脉体瘤	肿瘤触诊时有明显搏动感	颈总动脉分叉处有瘤体显示

② 鳃裂囊肿与颈淋巴结恶性肿瘤鉴别。

疾病名称	临床表现	穿　刺	原发灶
鳃裂囊肿	多单发，肿物较软，生长缓慢，一般无自觉症状	可见有黄色或棕色的清的含或不含胆固醇的液体	无原发灶
颈淋巴结恶性肿瘤	肿物为实性，发展快，活动度差，常累及多个淋巴结	无内容物抽出	口腔或鼻咽部能查到原发灶

(3) 病情分析思路



(4) 治疗方案

① 治疗原则。鳃裂囊肿和鳃裂瘘应择期进行手术切除，急性炎症期应控制感染后再行手术。瘘管要切除彻底，避免复发。

② 治疗措施。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

a. 鳃裂囊肿手术。切口应按皮纹方向或设计在隐蔽部位。在囊肿外摘除囊肿。

b. 鳃裂瘘手术。术前可向瘘管内注入亚甲蓝，使瘘管蓝染后显色，瘘管口则需做梭形切口，并沿瘘管追踪，除切除主瘘管外应将其各个分支完全彻底切除，否则会复发。复发后由于瘢痕粘连使再次手术更加困难。

③ 疗程。术后 24～48h 抽出引流条；术后 6～7 天拆除缝线。

(5) 医嘱示范 参见“甲状舌管囊肿”。

3. 中医会诊

(1) 热毒蕴结

[症状] 肿块位于鳃部或颌面，疮周红肿疼痛，或伴有脓水淋漓，或瘙痒不适；可伴轻度发热等；苔黄腻或薄黄，脉数。

[治则] 清热和营活血。

[方药] 选用仙方活命饮加减。金银花 10g，乳香 10g，没药 10g，天花粉 10g，防风 5g，陈皮 5g，贝母 10g，川芎 15g，甘草 3g，白芷 10g，当归 10g。

(2) 气血两虚

[症状] 肿块无明显红肿，疮口流水量少不尽，肉芽色淡不泽；伴面色萎黄，神疲倦怠，纳少寐差；舌质淡，苔薄，脉细。

[治则] 益气养血，和营托毒。

[方药] 选用托里消毒散加减。金银花 10g，桔梗 10g，黄芪 20g，陈皮 5g，贝母 10g，川芎 15g，甘草 3g，白芷 10g，当归 10g。

二、骨组织囊肿

按组织来源将颌骨囊肿分为牙源性和非牙源性两大类。由成牙组织或牙的上皮或上皮剩余演变而来的颌骨囊肿，称为牙源性颌骨囊肿。其余则统称为非牙源性颌骨囊肿。这类囊肿包括由胚胎时期面突融合线内的残余上皮形成的面裂囊肿以及由损伤后骨髓内出血、机化、渗出及血管新生等原因造成的血外渗性囊肿、动脉瘤样骨囊肿等，临床上比较少见。

(一) 牙源性颌骨囊肿

1. 概述

由成牙组织或牙的上皮或上皮剩余演变而来的颌骨囊肿，称为牙源性颌骨囊肿。

2. 查房内容

(1) 诊断依据 牙源性颌骨囊肿可为单发，亦可为多发性。一般以单发性为多见。临床上又可根据其来源不同分为根尖周囊肿（根端囊肿）、始基囊肿、含牙囊肿与角化囊肿。

① 症状。

a. 询问有无牙齿龋坏、肿痛史以及有无牙齿松动移位现象，是否有牙和颌

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

骨外伤史。

b. 牙源性颌骨囊肿生长缓慢，初期无自觉症状，为慢性无痛性生长。早期常在拔牙或拍X线片时偶然发现。若继续生长，骨质逐渐向周围膨胀形成颌骨膨隆，严重时造成面部畸形。囊肿继发感染，病人可感觉局部肿痛、发热、全身不适等。

② 体征。

a. 牙齿情况。口腔内有无深龋、残根或死髓牙。牙齿有无松动、移位与倾斜。牙列中有无缺牙。叩诊牙齿时各牙的叩诊音有无变化等。根尖周囊肿多有深龋、死髓牙或残根；始基囊肿、含牙囊肿与角化囊肿口内常有缺牙。

b. 颌骨情况。颌骨有无膨隆，膨隆区是否压痛，扪诊时有无乒乓球样感，或闻及羊皮纸样脆裂声。由于颌骨的颊侧骨板一般较舌侧为薄，所以一般囊肿大多向颊侧膨胀；但角化囊肿可有1/3病例向舌侧膨胀。颌骨膨隆是否已造成颜面部不对称，有无畸形等。

c. 继发症状。颌骨囊肿如继发感染可有局部红肿、触压痛甚至脓肿形成，并可伴有发热等。巨大的颌骨囊肿可致牙松动、移位、脱落及咬合紊乱，影响进食。颌骨囊肿因拔牙、损伤、长大等原因使囊肿破裂向口腔内破溃时，囊内多有草黄色或草绿色液体流出；如为角化囊肿，则可见似皮脂样物质。囊肿破裂后常可造成口腔感染、异味。上颌骨的囊肿侵入鼻腔及上颌窦，可引发相应的临床表现，如将眶下缘上推，可产生复视。当下颌囊肿发展过大，少数也可能引起病理性骨折。

③ 临床分型。

a. 根端囊肿。根尖肉芽中央坏死，中心液化形成囊腔，上皮组织覆盖腔壁而成；或是含上皮的肉芽肿，上皮团中央变性坏死而形成。上皮来自牙周膜中的上皮剩余。根尖囊肿在病源牙拔出后若搔刮不彻底，残留组织可继续发展，此时称之为残余囊肿。

b. 始基囊肿。始基囊肿发生于成釉器发育的早期阶段，釉质和牙本质形成之前，在炎症和损伤刺激后，成釉器的星形网状层发生变性，并有液体渗出，蓄积其中而形成囊肿。

c. 含牙囊肿。发生于牙冠或牙根形成之后，在缩余釉上皮与牙冠面之间出现液体渗出而形成含牙囊肿。可来自一个牙胚；也可来自多个牙胚。

d. 角化囊肿。这一名称首先由Philipsen在1956年提出，现今根据组织病理及其生物学行为分为两个类型：不全角化型和正角化型。牙源性角化囊肿的组织病理发生和原因尚未确定，大多数人认为发生自牙源上皮发育异常的早期阶段——牙板及其剩余，因此不少学者认为牙源性角化囊肿就是始基囊肿。

ⓐ 典型的不全角化型角化囊肿腔内含角化物，呈黄白色奶油样。囊壁由薄层、均匀一致的复层鳞状上皮组成。不全角化的上皮呈波纹状，极少或没有钉突形成。基底层界限很清楚，由立方状或柱状细胞排列成栅栏状。棘层细胞常见细

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

胞内水肿或空泡状变，分裂象可在基底层或棘层中部见到。上皮层常和其周围的间质分开，推测可能是溶胶原活性的结果。纤维结缔组织囊壁很薄，通常无炎性细胞浸润。除此，有些囊壁尚可见到黏液细胞、皮脂腺细胞或呼吸道上皮细胞等；有时亦可见基底层细胞呈蕾样增殖等现象。另一个值得注意的组织病理表现是囊壁内有卫星囊肿，这种情况约占30%。不全角化型角化囊肿有潜在的侵袭生长特性，可以侵入邻近的骨组织和软组织，在摘除后易复发。

ⓑ 正角化型角化囊肿也是由薄层而一致、非波纹状的正角化上皮组成。粒细胞层发育良好，立方状细胞构成的基底细胞层不像在不全角化型那样排列成栅栏状。纤维结缔组织囊壁有不同程度的炎性细胞浸润，卫星或微囊肿则极其少见。正角化型很少具侵袭性，摘除术后的复发率也很低。

④ 辅助检查。

a. 实验室检查。血液、尿液等各种生化检查一般无异常。囊液检验可见到胆固醇结晶及角蛋白等，角化囊肿囊液蛋白定量可达2～4g/100ml，甚至以上。

b. 影像学检查。

ⅰ. X线检查。对颌骨囊肿的诊断至关重要，可了解囊肿的有无、部位、大小、形态、范围、牙根吸收移位情况，是否含牙，囊肿与牙或牙根的关系以及与上颌窦是否相通等。曲面断层片能全视角地反映上、下颌骨概貌。囊肿在X线片上显示为一清晰圆形或卵圆形的透射阴影，边缘整齐，周围常呈现一明显白色骨质反应线，但囊肿并发炎症时以及角化囊肿有时边缘可不整齐。如欲了解囊肿与上颌窦的关系，还可在囊内注入碘油做囊腔造影，为确定手术方法作参考。

ⅱ. 颌面部CT或螺旋CT检查。在有条件的地方，CT或螺旋CT检查有助于判断囊肿范围、大小及与牙根的关系等，特别对颌骨囊肿与成釉细胞瘤等牙源性肿瘤的鉴别诊断有重要意义。

ⅲ. 活组织检查。颌骨囊肿因拔牙、损伤等原因破裂，向口腔内破溃时，可从拔牙创口或破裂处切取或刮取部分囊壁做活组织检查。

ⅳ. 穿刺检查。穿刺是一种比较有意义的诊断方法，从颌骨囊肿骨皮质最薄弱处穿刺。穿刺可得草黄色囊液，在显微镜下可见到胆固醇晶体；角化囊肿大多可见黄色、白色角蛋白样（皮质样）物质混杂其中。将抽出物做角蛋白染色检查有助于对角化囊肿的诊断。

（2）鉴别诊断

① 各种牙源性颌骨囊肿的鉴别诊断。

分 类	根端囊肿	始基囊肿	含牙囊肿	角化囊肿
组织来源	牙周膜内上皮残余增生	成釉器的星形网状层变性	缩余釉上皮与牙冠间液体渗出	来源于牙胚或牙板残余
发病年龄	青少年多见；可见老年	青少年	青少年	青少年

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

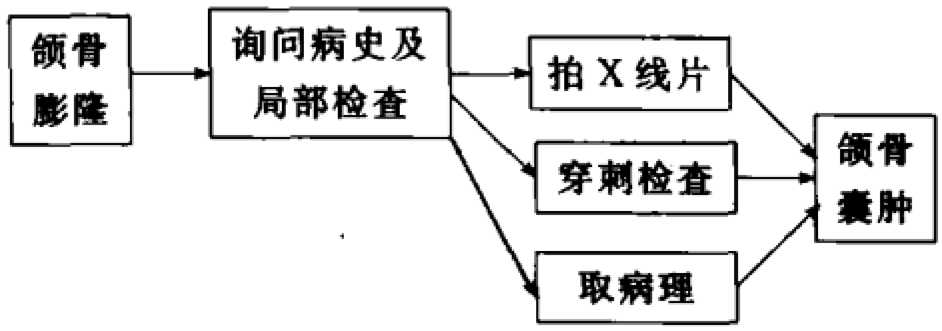
分类	根端囊肿	始基囊肿	含牙囊肿	角化囊肿
多发部位	前牙区	下颌第3磨牙、下颌支及前磨牙区	下颌第3磨牙及上颌尖牙区	下颌第3磨牙、下颌支区、亦可在上颌尖牙区
临床表现	无痛性肿胀，初无症状，可有乒乓球样感，多见颊侧隆起	与"根端囊肿"相同	与"根端囊肿"相同	与"根端囊肿"相同，但有约1/3向舌侧膨隆
口内牙齿	龋坏、死髓	缺牙或多生牙	缺牙或多生牙	缺牙或多生牙
囊液	黄色胆固醇结晶液体；继发感染可有脓液	黄色胆固醇结晶液体	黄色胆固醇结晶液体	白色或黄白色皮脂样物
囊壁	结缔组织及内衬上皮；增厚炎细胞浸润	与"根端囊肿"相同	与"根端囊肿"相同	内衬上皮表面角化；可有子囊
性质	良性	良性	良性	可恶变
X线片	单房阴影，根尖在囊内	单房或多房阴影，不含牙	含牙单房或多房阴影，牙冠朝向囊腔，囊壁连在牙冠与牙根交界处	单房或多房阴影，囊内可含牙或不含牙

② 角化囊肿与成釉细胞瘤的鉴别。

分类	角化囊肿	成釉细胞瘤
组织来源	来源于牙胚或牙板残余	口腔黏膜的基底细胞；牙源性囊肿的内衬上皮；成釉器；马拉塞上皮剩余及牙板
囊内容物	白色或黄白色皮脂样物	褐色液体
X线片	单囊多见；多囊少见	单囊少见；多囊多见，且囊大小不等，呈蜂窝状，有边缘切迹，间隔有钙化斑点，骨组织破坏严重
波及牙齿时	牙根尖无吸收	牙根尖呈锯齿状吸收
继发感染	易继发感染	不易继发感染
病理检查	上皮为复层鳞状上皮，表面有完全或不完全的角化层；囊壁的结缔组织包膜内有时含有子囊或上皮岛	瘤细胞团块与成釉器相似，中央变性即形成囊腔，细胞角化显著，有癌变的可能

(3) 病情分析思路

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



（4）治疗方案

① 治疗原则。采用外科手术摘除囊肿。

② 治疗措施。

a. 颌骨囊肿宜从口内做切口摘除，只有当颌骨囊肿较大，需做颌骨方块切除或部分切除时，才考虑从口外做切口。

b. 对于根端囊肿、始基囊肿及含牙囊肿单纯行颌骨囊肿完整摘除即可，术后很少复发；而角化囊肿术后易复发，可癌变，手术应彻底。当囊肿刮除后，根据不同情况再用石炭酸或 Carnoy 液（由冰醋酸、氯仿、无水乙醇按 1∶3∶6 比例配制）等腐蚀剂涂抹骨创，或辅以冷冻治疗，消灭子囊。也可考虑在囊肿外 0.5cm 处行颌骨方块切除。巨大型的角化囊肿以及多次复发的角化囊肿可行颌骨部分切除，并可立即采用血管化或非血管化骨移植修复重建。

c. 涉及牙齿的处理。埋伏移位的牙齿或多生牙可予拔除。萌出囊肿的牙齿可将冠部囊壁去除，慎勿损伤牙胚，然后在牙釉质面粘接挂钩。引导萌出至正常牙位。牙根尖位于囊腔内者，若牙槽骨存留在 1/2 以上，牙齿虽有些松动，也可在术前或术中作根管治疗保存，并切除部分根尖。

d. 上颌囊肿刮治时涉及上颌窦或鼻腔的处理。上颌窦无慢性炎症，囊肿也非感染性，刮治时和窦腔相通但穿孔孔径在 1cm 左右，无需处理上颌窦而仍可严密缝合；若穿孔较大则宜在下鼻道作对孔引流。若上颌窦有慢性炎症或系感染性囊肿，不论穿通孔大小均宜作上颌窦根治术。上颌正中囊肿或上颌前部囊肿，囊肿直径较大但不涉及上颌窦时，上腭翻瓣刮治术后严密缝合，从鼻腔底造孔引流，填塞碘条宜松。

e. 下颌囊肿单囊型者无疑应采取刮治术；多囊型者囊腔较大且大小类似、皮质完整者也可采取刮治术。临床常见喙突受病变累及而扩张变形，手术时宜将其截除而切忌刮治。手术时宜先离断附着于喙突的肌肉以期将其完整截除。角化囊肿压迫变薄的骨组织，穿透入软组织，宜将受累组织一并切除。多囊性病变囊腔相差悬殊或下颌骨皮质骨膨胀变薄以至消失者，不宜作刮治术而宜作颌骨截除，一期或二期植骨。

f. 囊肿刮治术后的残余骨腔，直径在 5cm 左右时可直接缝合待血块机化。若继发感染时可改成开放填塞。下颌巨大囊肿刮治术骨腔过大者，一般采取将颊侧膨胀骨折裂，压向骨腔可使之缩小。也可向腔内植入羟基磷灰石或松质骨等以促使其愈合，若囊肿有化脓感染者则不宜。

③ 疗程。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

a. 口内或下鼻道引流的碘仿纱条，可于3～7天内分期抽出；口外引流一般在48h后抽出。

b. 口内创口不能一期愈合者，宜经常换药，囊腔冲洗，碘仿纱条填塞，直至囊腔骨壁有肉芽组织生长、上皮覆盖囊腔为止。

（5）医嘱示范　参见“甲状舌管囊肿”。

3. 中医会诊

（1）内治法

① 心肾火毒。

［症状］　肿块大小不一，色泽鲜红，边界不清，不痛不痒；伴五心烦热，尿黄便干，易口舌生疮；舌质红，苔薄黄，脉细数。

［治则］　清心泻火，凉血解毒。

［方药］　选用芩连二母丸合凉血地黄汤加减。黄芩5g，黄连5g，陈皮5g，生地黄10g，地榆15g，天花粉12g，甘草3g，升麻5g，当归10g，白芍10g，枳壳10g。

② 肝经火旺。

［症状］　肿块呈丘疹或结节状，表面呈红色。易出血，常因情志不遂或郁怒而发生肿痛；可伴心烦易怒；舌质红，苔微黄，脉细数。

［治则］　清肝泻火，去瘀解毒。

［方药］　选用丹栀逍遥散合清肝芦荟丸加减。牡丹皮10g，栀子3g，柴胡5g，黄芩5g，昆布5g，陈皮5g，生地黄10g，川芎15g，甘草3g，升麻5g，当归10g，白芍10g，芦荟10g。

（2）外治法　清凉膏合藤黄膏外敷。

（二）非牙源性颌骨囊肿

1. 概述

非牙源性颌骨囊肿（面裂囊肿）为胚胎期面突融合处上皮残留所致，故亦称非牙源性外胚叶囊肿。

2. 查房内容

（1）诊断依据

① 病史。

a. 囊肿多见于青少年。可发生于不同部位。一般无明显自觉症状，生长缓慢。多在拍X线片时偶然被发现，或形成颌骨膨隆后和囊肿继发感染时被发现。

b. 非牙源性颌骨囊肿常有牙齿倾斜、移位表现，因而应注意询问有无牙齿移位及牙外伤史。

② 体征。

a. 牙齿情况。囊肿常伴有牙齿移位、倾斜情况，但一般无牙齿变色及龋坏。

b. 颌骨情况。检查各面突融合处有无膨隆，膨隆区是否压痛，扪诊时有无乒乓球样感。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

c. 继发症状。囊肿也可继发感染，局部形成脓肿，并可伴有发热。颌骨膨隆也可造成颜面部不对称畸形。

③ 临床分型。

a. 球上颌囊肿。发生于上颌侧切牙与尖牙之间，牙常被排挤而移位。X线片上显示囊肿阴影在牙根之间，而不是在根尖部位。牙无龋坏变色，牙髓均有活力。

b. 鼻腭囊肿。位于切牙管内或附近，X线片上可见到切牙管扩大的透射阴影。

c. 正中囊肿。位于上颌切牙孔之后，腭中缝的任何部位。X线片上可见缝间有圆形囊肿阴影。亦可发生于下颌正中线处。

d. 鼻唇囊肿。位于上唇底和鼻前庭内。囊肿在骨质的表面。可能来自于鼻泪管上皮残余。X线片上无骨质破坏现象。在口腔前庭外侧可扪出囊肿的存在。

④ 辅助检查。

a. 影像学检查。非牙源性囊肿（面裂囊肿）的最重要的诊断依据。

ⓐ X线检查。多选用根尖片、上下颌咬合片、鼻颏位片以及曲面断层片。囊肿在X线片上相当于面突融合处，显示为一清晰的圆形或卵圆形单房的透射阴影，但除非面裂囊肿较大，其内往往多无牙根，囊肿阴影在根侧，而不是在根尖部。囊肿将牙根向两侧推移。面裂囊肿也可与上颌窦相通。

ⓑ 颌面部CT或螺旋CT检查。在面裂囊肿的诊断价值基本与“牙源性颌骨囊肿”相同。

b. 穿刺检查。对诊断面裂囊肿无直接意义。

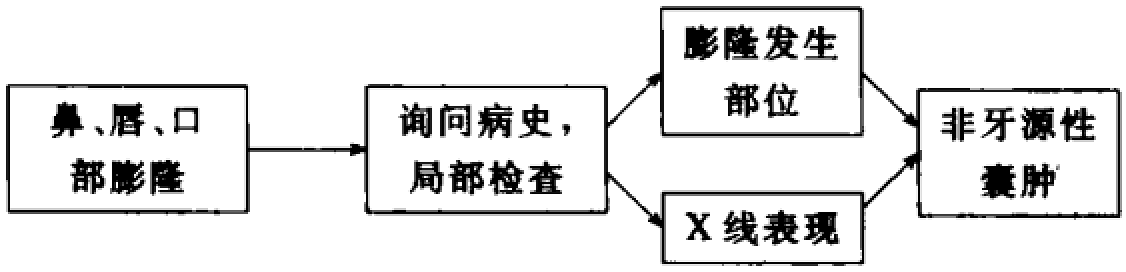
c. 牙髓活力测定。对面裂囊肿与牙源性囊肿的鉴别诊断有参考价值。囊肿附近的牙一般无变色及龋坏，牙髓有活力。

（2）鉴别诊断

疾病分类	鼻唇囊肿	正中囊肿	鼻腭囊肿	球上颌囊肿
病因	侧鼻突、球状突联合处上皮残余	面突正中融合处上皮残余	鼻腭管上皮残余	中鼻突、球状突、上颌突联合处上皮残余
部位	上唇底、鼻前庭内	切牙管后的腭中线或上、下颌正中联合处	切牙管内或切牙管附近	上颌侧切牙与尖牙之间
临床表现	上唇底、鼻前庭肿起，鼻翼抬高	腭中部或下颌中线部肿胀	腭乳头部膨隆，压迫鼻腭神经可有疼痛	上颌侧切牙与尖牙被压迫移位
X线片	骨质无变化	单房阴影，与牙无关	单房阴影或切牙管扩大，与牙无关	单房阴影在牙根之间，不波及牙根

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（3）病情分析思路



（4）治疗方案

① 治疗原则。诊断明确后，应及时早期进行手术治疗，以免引起邻近牙的继续移位和咬合关系紊乱。

② 手术方法。手术方法与牙源性颌骨囊肿相同，但一般均从口内进行手术，无需口外切口。

③ 疗程。与“牙源性颌骨囊肿”相同。

（5）医嘱示范　参见“牙源性颌骨囊肿”。

3. 中医会诊

参见“牙源性颌骨囊肿”。

（三）非上皮性囊肿

1. 概述

非上皮性囊肿主要包括单纯性骨囊肿（亦称血外渗性骨囊肿）和动脉瘤性骨囊肿。

2. 查房内容

（1）诊断依据

① 病史。

a. 非上皮性囊肿约50%的病例病变部位有明确的外伤史。

b. 一般早期无任何症状，少数患者有轻度肿痛及压痛，后期可有明显疼痛及颌骨膨隆。

c. 应询问有无血液系统疾病史。

② 体征。

a. 牙齿情况。牙齿数目多正常。牙齿叩诊时可有不适、疼痛或松动。

b. 颌骨情况。颌骨膨隆常位于前磨牙区的下颌体部，其次为下前牙区，发生于上颌者少见。颌骨膨隆处可有压痛，颌骨膨隆一般较少超过3cm，但较大的囊肿扪诊时也可有乒乓球样感。

③ 临床分型。

a. 单纯性骨囊肿。又称血外渗性骨囊肿等。由损伤引起的骨髓内出血，机化渗出后形成。其囊壁为一层纤维组织，无上皮衬里。血友病也可引起颌骨的单纯性骨囊肿，称为血友病假瘤。

b. 动脉瘤样骨囊肿。也为骨髓内出血所致，无上皮衬里，非真性囊肿。多有损伤史，病变腔血液压力很高，几乎和动脉压相似，因而得名动脉瘤样骨

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

囊肿。

④ 辅助检查。

a. X 线片检查。动脉瘤样骨囊肿在 X 线片上显示为单囊或多囊透射区（肥皂泡样或蜂窝状），边界并不十分清楚而呈薄壳状。病变区牙齿移位、牙根吸收也是常见的。单纯性骨囊肿 X 线片上显示范围可为直径 1cm 或更大，主要表现为界限清楚的密度减低区，但周界不如一般囊肿所见的那样明确。其特点是围绕根尖呈曲线伸展，牙齿可有移位或有根吸收。

b. 数字减影血管造影（DSA）、磁共振血管成像（MRA）。对鉴别颌骨中心性血管瘤有参考价值。

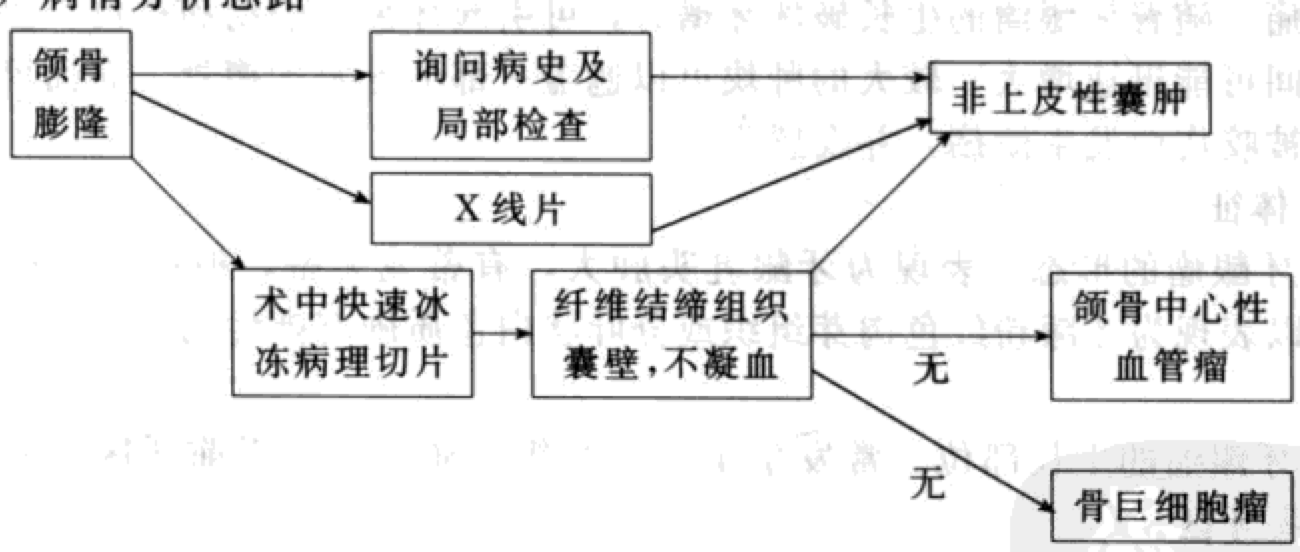
c. 穿刺检查。常可抽出不凝血样液体。

d. 牙髓活力检测。囊肿涉及的牙的牙髓活力可正常。

（2）鉴别诊断

疾病分类	病　理　检　查
单纯性骨囊肿	单房，囊壁由纤维结缔组织构成，无上皮衬里，有不同程度的机化现象
动脉瘤样骨囊肿	囊内血液压力可高达动脉压水平；病变由大小不等的海绵状腔隙组成血腔或血窦，血腔之间有纤维结缔组织，有机化现象
颌骨中心性血管瘤	肿瘤由毛细血管、衬以内皮细胞的血窦或静脉和动脉型血管所构成
骨巨细胞瘤	瘤体由巨细胞和间质细胞构成，无包膜

（3）病情分析思路



（4）治疗方案

① 治疗原则。外科手术切除或刮治是最主要的治疗手段。

② 治疗措施。手术途径则应视囊肿位置、大小而定。术中出血现象可能很严重，但当病变刮除以后出血即明显减少并停止。文献报道颌骨动脉瘤性骨囊肿刮治术后的复发率在 20%左右，如刮治术配合冷冻外科可减少复发。对血友病引起的非上皮性囊肿须在手术前后进行处理，如给予血友病球蛋白注射等，切不可掉以轻心。

③ 疗程。同“牙源性颌骨囊肿”。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（5）医嘱示范　参见“牙源性颌骨囊肿”。

3. 中医会诊

参见“牙源性颌骨囊肿”。

第二节　良性肿瘤及瘤样病变

一、软组织良性肿瘤及瘤样病变

（一）牙龈瘤

1. 概述

牙龈瘤来源于牙周膜及颌骨牙槽突的结缔组织。大多认为是机械刺激及慢性炎症刺激形成的反应性增生物，因其无肿瘤特有的结构，故非真性肿瘤；但牙龈瘤有肿瘤的外形及生物学行为，如切除后易复发等。此外，牙龈瘤与内分泌有关，如妇女妊娠期间容易发生牙龈瘤，分娩后则缩小或停止生长。近年来，对某些纤维性牙龈瘤，也有认为系来源于牙源性上皮的真性肿瘤。

2. 查房内容

（1）诊断依据

① 病史。多见于青年人及中年人，女性明显多于男性。一般生长缓慢，无明显疼痛，随着牙龈瘤的生长破坏牙槽骨，可引起牙齿的松动和移位。但在女性妊娠期间可能迅速增大，较大的肿块可以遮盖一部分牙及牙槽骨，表面可见牙压痕，易被咬伤而发生溃疡，并发感染。

② 体征。

a. 牙龈瘤的形态。表现为牙龈乳头肿大，有蒂或无蒂，根据牙龈瘤的类型不同可以表现为牙龈粉红色肉芽组织或分叶状白色质硬有弹性的肿块或质软紫红色肿块。

b. 牙龈瘤的生长部位。常发生于牙间组织。80%发生于前牙区，50%以上发生于尖牙区。

c. 牙龈瘤的大小、边界、质地、活动度和与邻近组织的关系。牙龈瘤多数表现为牙龈部局限性肿大，边界清楚，质地因类型不同可以质地柔软也可质地较硬，有蒂者可活动，无蒂者活动度差。

③ 临床分型。

a. 肉芽肿型牙龈瘤。主要由肉芽组织所构成，其中含有较多的炎性细胞及毛细血管，纤维组织较少，血管壁为单层内皮细胞所构成。肿块表面呈红色或粉红色，易出血。

b. 纤维型牙龈瘤。含有较多的纤维组织和纤维母细胞。肿块颜色较淡，与

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

正常牙龈颜色无大差别，表面光滑，不易出血。

c. 血管型牙龈瘤。血管特别多，颇似血管瘤。血管间的纤维组织可有水肿及黏液性变。损伤后极易出血。妊娠性牙龈瘤多属此类。

④ 辅助检查。

a. 实验室检查。血常规一般无异常。

b. 牙片及曲面断层片。局部牙槽骨可压迫吸收。

（2）鉴别诊断

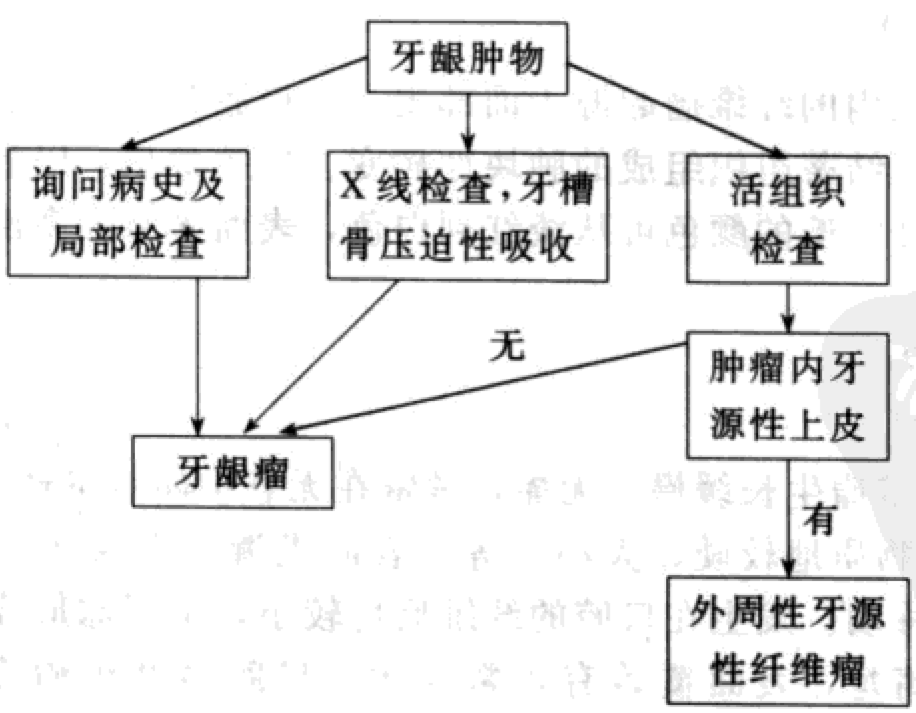
① 各型牙龈瘤的鉴别诊断。

疾病类型	病　　因	症　　状	病　　理
肉芽肿型	多有局部刺激因素	有蒂或无蒂，暗红色，可伴有溃疡	富于血管和细胞的间质内含有多核
纤维型	多有局部刺激因素	有蒂或无蒂包块，质韧，色白	由肉芽组织和成熟的胶原纤维构成
血管型	妊娠及局部刺激因素	质软，紫色，常伴有溃疡和出血	血管内皮细胞增生呈实性片状或条索

② 牙龈瘤与外周性牙源性纤维瘤（真性肿瘤）的鉴别诊断主要靠病理。

疾 病 名 称	组　织　病　理
牙龈瘤	纤维母细胞性结缔组织
外周性牙源性纤维瘤	结缔组织中有牙源性上皮、发育不良的牙本质及牙骨质

（3）病情分析思路



（4）治疗方案

① 治疗原则。

a. 手术切除必须彻底，否则容易复发。一般应将病变所波及的牙同时拔除。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

b. 妊娠期牙龈瘤病人应密切观察，如妊娠后不消退可采取手术彻底切除，并去除局部刺激因素。

② 治疗措施。手术时，应在围绕病变蒂周的正常组织上作切口，将肿块完全切除，拔除波及的牙，并用刮匙或骨钳将病变波及的牙周膜、骨膜及邻近的骨组织去除，将创面缝合。如果创面较大不能缝合时，可用碘仿纱条覆盖，或创面上用牙周塞治剂保护。

(5) 医嘱示范（以 18 岁，60kg 男性为例）

长　期　医　嘱	临　时　医　嘱
口腔颌面外科护理常规	血常规
二级护理	尿常规
普通饮食	便常规
林可霉素 0.6g，im，bid	肿物病理检查

3. 中医会诊

痰凝气结。

[症状] 肿块位于颈部或口腔内，并逐渐长大，不红不痛，推之则动；苔黄腻，舌红，脉滑数。

[治则] 化痰散结，疏肝理气。

[方药] 选用导痰汤合柴胡疏肝散加减。半夏 10g，茯苓 10g，柴胡 5g，陈皮 5g，川芎 10g，青皮 5g，香附 10g，甘草 3g。

（二）纤维瘤

1. 概述

颜面部和口腔内的纤维瘤起源于面部皮下、口腔黏膜下或骨膜的纤维结缔组织，是由致密纤维结蒂组织组成的肿块性病变。口腔常见，以颊、舌、下唇及牙龈较多。临床上纤维瘤的颜色可从淡红到白色，表面光滑并高出于黏膜。扪诊较硬，有蒂或无蒂。

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。纤维瘤生长缓慢，无痛，常常在无意中偶然发现。

② 体征。肿物质地较硬、大小不等、表面光滑、边缘清楚，与周围组织无粘连，一般皆可移动。发生在口腔的纤维瘤均较小，呈圆球形或结节状，有蒂或无蒂，肿瘤边界清楚，表面覆盖有正常黏膜。口腔内纤维瘤多发生于牙槽突、颊、腭等部位。发生于牙槽突的纤维瘤可能使牙松动移位。若受到牙的损伤，则表面破溃、糜烂、继发感染，此时可引起疼痛或功能障碍。

③ 辅助检查。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

a. 血常规。一般无异常改变。

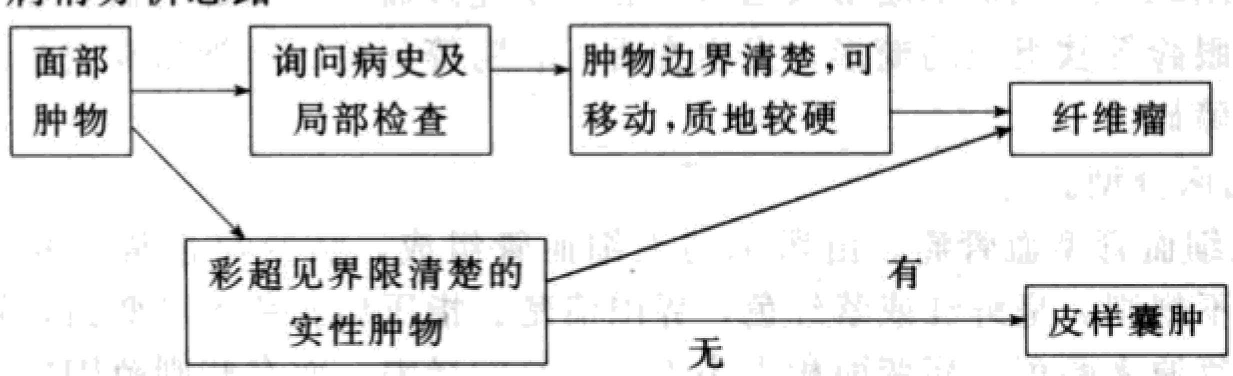
b. 彩超检查。为边界清楚的实质性肿块。

c. 病理检查。肿物切面呈灰白色。主要由纤维组织构成，细胞及血管很少，边界尚清楚，被膜不明显。如为结缔组织、纤维母细胞及胶原纤维所构成，且血管丰富时，实际上为低度恶性的纤维肉瘤，两者在病理上的区别比较困难。

(2) 鉴别诊断

疾病名称	穿刺检查	彩超检查	病理检查
纤维瘤	无内容物	界限清楚的实性肿物	肿物为结缔组织、纤维母细胞及胶原纤维构成
皮样囊肿	乳白色豆渣样分泌物	囊性肿物	复层鳞状上皮衬里囊腔，结缔组织囊壁内有皮肤附属器

(3) 病情分析思路



(4) 治疗方案

① 治疗原则。采用手术完整切除。如处理不当，极易复发。多数复发后又易恶变。

② 治疗措施。在病变部位完整切除肿瘤。牙槽突的纤维瘤，除须拔除有关牙外，有时还需将肿瘤所侵犯的骨膜一并切除。临床诊断为纤维瘤，手术时须作冷冻切片，如证实为恶性时，应按恶性肿瘤治疗原则处理。

(5) 医嘱示范　参见“牙龈瘤”。

3. 中医会诊

痰凝气结。

[症状]　肿块位于颈部或口腔内，并逐渐长大，不红不痛，推之则动；苔黄腻，舌红，脉滑数。

[治则]　化痰散结，疏肝理气。

[方药]　选用导痰汤合柴胡疏肝散加减。半夏 10g，茯苓 10g，柴胡 5g，陈皮 5g，川芎 10g，青皮 5g，香附 10g，甘草 3g。

（三）血管瘤

1. 概述

血管瘤根据 MUlliken 分类分为真性血管瘤和血管畸形。真性血管瘤有自然退化的倾向，在临床上较少见，而血管畸形则不能自然退化，随年龄增加而

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

增大。

2. 查房内容

（1）诊断依据

① 病史。颜面部血管瘤多数以颜面部软组织畸形为主要症状，少数以出血而急诊就诊。病史较长，无明显的自觉症状。

② 体征。

a. 肿瘤的形态。血管瘤常为外生型，巨大的血管瘤导致颜面部严重的软组织畸形。表浅的血管瘤常有皮肤或黏膜的色泽异常；深部的血管瘤主要以软组织膨隆为主要表现。

b. 肿瘤的大小、边界、质地、活动度与邻近组织的关系。通过视诊和扪诊了解肿瘤所在的范围，肿瘤的质地和活动度。准确测量肿瘤的大小。注意血管瘤所波及的部位，血管瘤内有无重要的血管、神经组织，颌骨内的血管瘤要注意是否累及软组织。有无面部畸形及语言、吞咽功能障碍。颜面部的血管瘤常表现为唇、颊、眼睑等软组织的畸形，发生在舌、软腭等部位的血管瘤常引起语言、吞咽等功能障碍。

③ 临床分型。

a. 毛细血管型血管瘤。由增生的毛细血管组成，病变与正常皮肤齐平或稍高，形状不规则，呈鲜红或紫红色，界限清楚。指压病变色泽可变白，解除压力后迅即恢复原来颜色。病变面积大小不一，有的局限，而有些则范围广泛，涉及面颈、唇颊、龈等部位，很少涉及病变深部器官。中年以上患者，特别是长期户外工作者，病变颜色转暗呈深紫色，可出现多个小结节赘生物。此乃创伤感染后的炎性反应增生。

b. 海绵状血管瘤。由以扩大的静脉管腔或腔窦构成。病变潜在时可累及真皮，局部皮肤呈蓝色或紫色，结节状而高低不平，形状不规则。触诊柔软似海绵状并有压缩性。有时可扪及病变有多个静脉石，触之硬，如绿豆粒大小。低头时因充血而体积增大（即体位移动实验阳性）。深在病变皮肤色泽及外观正常，但低头肿大是其主要特征。病变可局限，但多为广泛病变涉及多个器官，可以累及颌骨。病变随年龄增大而膨胀增大，但非扩展性增生。患者一般无自觉症状，主要为面容畸形。功能部位发生的血管瘤影响呼吸、吞咽或有反复出血现象。

c. 蔓状血管瘤。是动脉直接和静脉交通而形成的病变，由于病变区血管扩张粗大、盘曲似藤蔓而得名，实质上是动静脉瘘。本病少见。其特点是在病变区皮下可见扭曲扩张的血管，触诊局部温度较高并有震颤或搏动，听诊可有吹风样杂音。由于病变有搏动及杂音，常影响患者工作、休息和睡眠。

④ 辅助检查。

a. 实验室检查。血常规一般无异常。

b. 颌面部及颈部 DSA、MRA、MRI 检查。这是头颈部血管瘤的特异性检查

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

手段。能够详细显示出血管病变的部位、范围、血供来源、回流状况及周围血管的交通情况。

（2）鉴别诊断　根据典型的临床表现亦可初步作出诊断，必要时进行影像检查。穿刺检查对深部血管瘤的诊断有决定性意义。

① 颜面部皮肤毛细血管瘤与皮肤血管痣的鉴别。

疾病名称	临床表现
皮肤毛细血管瘤	指压病变色泽可变白，解除压力后迅即恢复原来颜色
皮肤血管痣	表面血管扩张，皮肤内有红色素沉着，压迫时不发白

② 颜面部蔓状血管瘤与动脉瘤的鉴别。

疾病名称	MRA及MRI检查
蔓状血管瘤	可见发生异常吻合的动脉、静脉及动静脉瘘
动脉瘤	动脉壁中层弹性纤维层可见瘤样扩张

③ 蔓状血管瘤与假性动脉瘤的鉴别。

疾病名称	病因	病理检查
蔓状血管瘤	动脉直接和静脉交通而形成的病变	可见动脉壁、静脉壁
假性动脉瘤	动脉破裂，血液潴留于软组织内而形成的一种搏动性病损	可见纤维壁及血凝块

（3）病情分析思路

颜面部膨隆 → 询问病史及局部检查 → 有压缩性及体位移动实验阳性；穿刺可抽出血液 → 海绵状血管瘤

（4）治疗方案

① 治疗原则。颜面部血管瘤为良性肿瘤，一般不会恶变，但由于影响美容甚至影响吞咽和发音功能，也不会自行消失，应选用手术或非手术处理。对于真性血管瘤（尤其是婴幼儿期），有缓慢消失的特点，因此可以考虑严密观察；如果发展迅速，也应及时手术切除。

② 治疗措施。

a. 激素治疗。采用激素治疗血管瘤的病例必须经过严格选择，限用于婴儿。ⓐ血管瘤生长发展迅速者；ⓑ反复发生出血、溃疡或感染；ⓒ病变干扰了正常功能如呼吸、吞咽及进食，影响视力等。病变生长较快，处于不完全成熟增殖阶段，以婴幼儿患者的效果较佳。一般常用泼尼松（强的松），其剂量是2～3mg/(kg·d)，口服2～3周。敏感的血管瘤一般在7～10天内即可有生长停止或变缓，肿块变软以及表面色泽转淡等回缩现象。没有上述效应则应停止使用。如果

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

显效，泼尼松（强的松）应减量为 1mg/(kg·d)，再减为 0.75mg/(kg·d)。激素的剂量应尽可能快递减，一般持续用药 4～6 周。以后是否再用激素治疗，取决于患儿年龄、患病部位以及用药后病变的反应效果。

如果血管瘤处于回缩阶段就不必再继续。用药后回跳性增殖可能会发生，增殖迅速的病变用 1mg/(kg·d) 的剂量再用 1 疗程约 2～3 周，然后再减量。

b. 硬化剂治疗。将药物注入血管瘤内使其纤维化而萎缩。此法简便易行，适用于海绵状血管瘤。临床最常用的硬化剂为 5%鱼肝油酸钠，其注射方法为局部浸润麻醉或传导麻醉；将瘤体内血液尽可能挤压走，同时尽可能阻断四周血流，使拟注药区域内产生“缺血”状态，以增加药物在瘤体内的停留时间，增强药物在局部的作用。注射时可以在一个穿刺点呈扇形或锥形向不同方向分散注射药物，也可采取多个穿刺点注射，但切忌在一个点集中注射全量药物，除非小的血管瘤以使其坏死脱落为目的。一次注射总量不得超过 5ml，每次用量多少视情况而定。每次间隔 7～10 天，也可用平阳霉素局部注射。

c. 手术治疗。局限型的海绵状血管瘤，即使是婴幼儿或在腮腺部位，仍宜早期手术切除。范围广泛时可在注射硬化剂后部分切除以矫正外形。术前宜做瘤腔造影以充分了解瘤体范围及其侧支循环，供手术设计参考。

d. 放射治疗。婴幼儿血管瘤虽对放射线敏感，可控制其发展或消散，但宜持慎重态度。除射线可影响儿童颌面部生长发育外，近年有很多研究报告表明婴幼儿某些良性病变接受放射线治疗后，甲状腺、涎腺等部位发生肿瘤的机会明显高于对照组。同位素贴敷（常用磷 32）治疗毛细血管瘤效果尚佳，不致产生不良后果。

e. 其他。电凝是较古老的方法，近些年则有用液氮冷冻和氩离子激光。后者对局限性、浅在的毛细血管型病变效果较好，可以不留瘢痕，治愈后接近正常皮肤，但对病变较深在、范围广者以及海绵状血管瘤则收效甚微。

（5）医嘱示范（以 23 岁，61kg 女性为例）

长期医嘱		临时医嘱
口腔外科局麻术后护理常规		血常规
一级护理		尿常规
半流质饮食		便常规
生理盐水注射液 500ml	iv drip,qd	肿物病理检查
青霉素 480 万单位	(A. S. T)	
5%复方氨基酸注射液 500ml,iv drip,qd		
复方氯化钠(林格溶液)500ml,iv drip,qd		

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 中医会诊

阴虚血热。

［症状］ 肿块大小不一，色泽紫红，边界清，质柔软，不痛不痒；伴五心烦热，尿黄便干，易口舌生疮；舌质红，苔薄黄，脉细数。

［治则］ 凉血养血，滋阴益火。

［方药］ 选用芩连二贝丸合凉血地黄汤加减。黄芩 5g，黄连 5g，知母 15g，生地黄 10g，贝母 15g，羚羊角 12g，甘草 3g，熟地黄 15g，当归 10g，白芍 10g，蒲黄 10g。

（四）淋巴管瘤

1. 概述

淋巴管瘤是淋巴管发育畸形所形成的一种良性肿瘤。常见于儿童和青年。好发于舌、唇、颊及颈部。

2. 查房内容

（1）诊断依据

① 病史。重点了解疾病发生的时间、部位、有无自觉症状及功能障碍等。

② 体征。

a. 肿瘤的形态。均为外生性生长，无破溃。

b. 肿瘤的生长部位。最常见于舌、唇、颊及颈部。舌及唇、颊部发生者可见受累组织器官肿大，黏膜表面不平、呈白色或淡黄色有光泽的颗粒状突起，是充满淋巴液的扩张淋巴管。若淋巴管瘤和血管瘤并存，则可见混以红色或紫红色的颗粒状突起。

c. 肿瘤的大小、边界、质地、活动度与邻近组织的关系。通过视诊和扪诊了解肿瘤所在的范围、质地和活动度。测量肿瘤的大小。

d. 有无舌活动、语言及吞咽功能的障碍。发生于口底或舌根等部位的巨大淋巴管瘤会引起发音、吞咽甚至呼吸功能障碍。

③ 临床分型。

a. 毛细管型淋巴管瘤。常发生于黏膜，多为软组织表面的黄色透明物。

b. 海绵型淋巴管瘤。常发生于皮下或黏膜下，累及深层组织。巨大瘤体则形成巨舌或巨唇，造成功能障碍及面颊或颌骨畸形。瘤体扪诊柔软但无压缩性。淋巴管瘤易继发感染，反复发生炎症则瘤体较硬韧。

c. 囊性淋巴管瘤（又称囊性水瘤）。好发于颈侧区，单房或多个分房，病变可局限，也可波及整个颈侧，甚至下延至胸腔及纵隔。巨大囊性水瘤可以压迫气管、食管，使之移位，出现呼吸、吞咽困难。

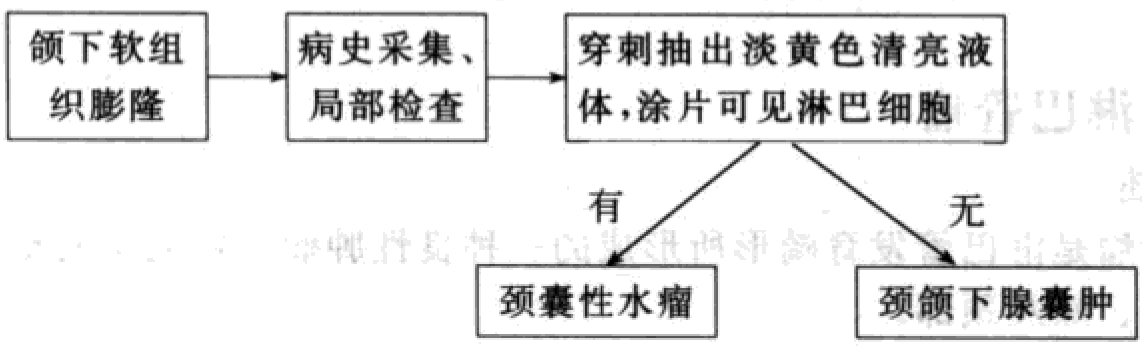
④ 辅助检查。同“血管瘤”。但囊肿型病人穿刺可抽出淡黄色清亮液体。涂片可见淋巴细胞。

（2）鉴别诊断

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

疾病类型	穿　刺	三维彩超
颈囊性水瘤	抽出淡黄色清亮液体，涂片可见淋巴细胞	可与颌下腺分离，可呈单个或多个分房
颈颌下腺囊肿	无色透明、黏稠液体	与颌下腺连接，呈单房

(3) 病情分析思路



(4) 治疗方案

① 治疗原则。

a. 以改善外形为主。

b. 及时抗感染治疗。

② 治疗措施。

a. 毛细管型。可选用低温冷冻或激光治疗，也可行手术治疗。

b. 海绵型。以手术切除为主，但由于肿瘤没有明确的周界，极难达到完整切除，故切除影响功能及外形的一部分，残余瘤体可用平阳霉素行瘤腔注射。

c. 囊性水瘤。多主张手术切除，如果病情稳定可以观察，在1周岁左右手术为宜，如果影响呼吸，应及时手术治疗。囊性水瘤有些由于涉及颈部血管，也是不能根治切除的重要原因。

d. 淋巴管瘤继发感染而有急性炎症时，应作抗炎治疗。炎症每发作一次，则可增大瘤体体积及增加硬度。因此预防感染是很重要的。保持口腔卫生、避免创伤等都是必要措施。

(5) 医嘱示范　参见“血管瘤”。

3. 中医会诊

参见“血管瘤”。

(五) 神经鞘瘤

1. 概述

神经鞘瘤是神经鞘膜细胞发生的良性肿瘤，由于该瘤来源于施万细胞，又称施万细胞瘤。多见于中年人。头颈部神经鞘瘤主要发生于脑神经，如听神经、面神经、舌下神经、迷走神经干；其次是周围神经，以头部、面部、舌部最为常见；交感神经发生最为少见。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。神经鞘瘤是生长缓慢的无痛性肿块，约25%～45%发生于头颈部，最常见的部位为颈侧部。男性为女性的2～4倍。

② 体征。

a. 肿瘤的形态。单发，圆形或卵圆形，大的可呈分叶状，表面光滑，境界清楚。

b. 肿瘤生长部位。神经鞘瘤可发生于软组织及颌骨内。软组织多发于颈部、口底、舌体、腭部及腮腺，颌骨内发病以下颌骨多见。

c. 肿瘤的大小、边界、质地、活动度及与邻近组织的关系。肿瘤的大小通常不超过2cm，包膜完整，质地柔软。检查时肿瘤可沿神经轴侧向移动，但不能沿神经长轴活动。

d. 压迫神经症状。

ⓐ 压迫交感神经可产生Horner综合征，即患侧瞳孔缩小、上睑下垂、睑裂张开不全、同侧面颈部潮红、少汗或无汗征象。

ⓑ 压迫迷走神经可有刺激性干咳，声音嘶哑等。

ⓒ 压迫感觉神经常有持续顽固性疼痛或麻木或放射样痛。

③ 辅助检查。

a. X线片。颌骨神经鞘瘤有单囊和多囊之分。典型的下颌骨神经鞘瘤可见下牙槽神经管呈纺锤状扩张，但颌骨骨密质的边缘及外形保存完整。

b. 颌面、颈部三维彩超、CT、MRI检查。呈境界清晰的圆形或椭圆形肿块。CT为均匀软组织密度，MRI T_1 加权像为中信号，T_2 加权像为高信号，Gd-DTPA注入后病变实质有强化表现。

c. 穿刺检查。神经鞘瘤可发生黏液变，质软如囊肿，穿刺可抽出不凝血性液体。

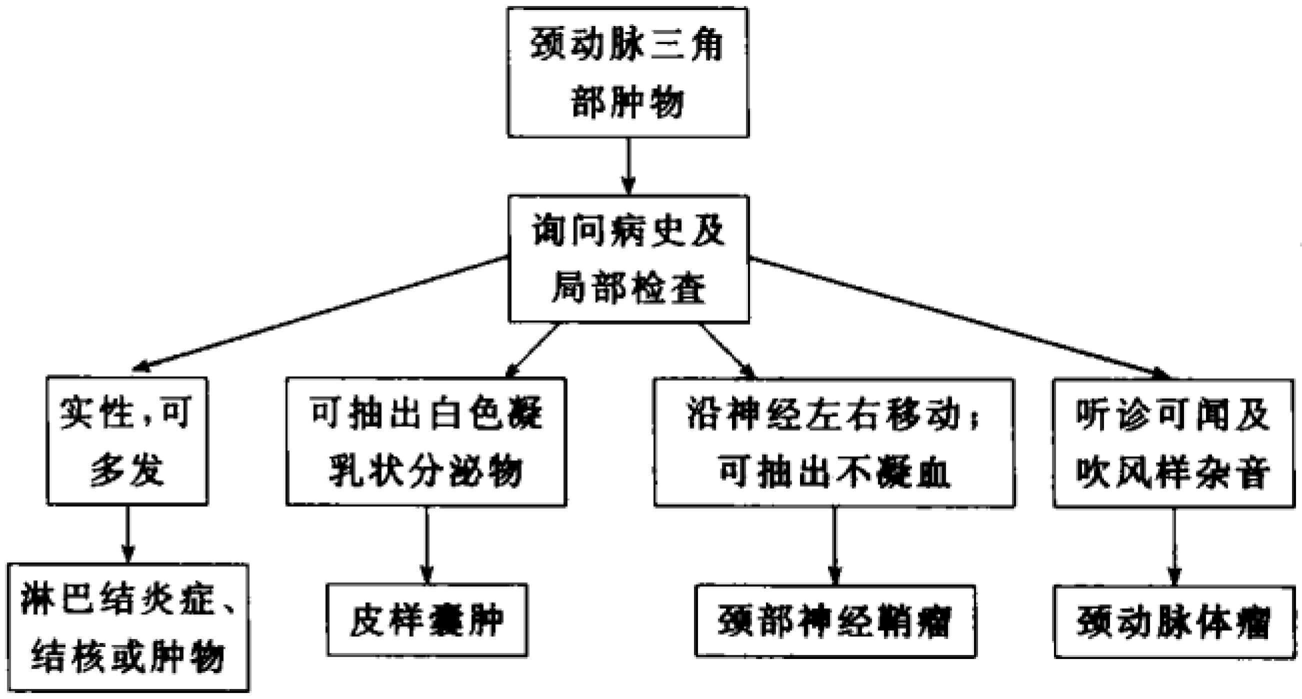
(2) 鉴别诊断

疾病名称	扪诊及听诊	三维彩超
颈部神经鞘瘤	搏动沿血管走行方向存在而非瘤体任何部位且听诊无杂音	瘤体位于颈部血管深面
颈动脉体瘤	瘤体可扪及搏动且听诊可闻及吹风样杂音	瘤体位于颈总动脉分叉处，且血管分支丰富

也应注意与淋巴结结核、混合瘤、转移瘤及颌骨囊肿相鉴别。采用B超、MRI检查等可以区别。

(3) 病情分析思路

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



(4) 治疗方案

① 治疗原则。手术摘除，但应避免损伤神经。

② 治疗措施。手术方式应根据肿瘤的部位、大小而定。如为周围神经鞘瘤，则应完整切除；如位于重要神经干，则不可贸然为切除肿瘤而切断神经干，以致影响功能。手术中可将肿瘤上的神经干外膜沿纵轴切开，小心地剥开神经纤维，然后将肿瘤切除。如神经干已切断，则应在纤维镜下进行修复。

(5) 医嘱示范　参见“血管瘤”。

3. 中医会诊

痰凝气结。

[症状] 肿块位于颈部或口腔内，并逐渐长大，不红不痛，推之则动；苔黄腻，舌红，脉滑数。

[治则] 化痰散结，疏肝理气。

[方药] 选用导痰汤合柴胡疏肝散加减。半夏 10g，茯苓 10g，柴胡 5g，陈皮 5g，川芎 10g，青皮 5g，香附 10g，甘草 3g。

(六) 神经纤维瘤

1. 概述

神经纤维瘤是由纤维母细胞和施万细胞两种主要成分构成，分单发和多发两种，单发者常为局限性、界限不清的无包膜肿块。多发性神经纤维瘤是神经纤维瘤病的一个组成症状。

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。青少年多见，从出生后几个月就发病，生长缓慢。对于神经纤维瘤病的病人，据国内外调查，有家族史者达 70%以上。来源于感觉神经者，触诊时有明显压痛。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

② 体征。

a. 肿瘤的形态。可单发，也可多发。多发者肿瘤呈多发性结节状，可散在，亦可沿神经通路彼此连接成念珠状、丛状。

b. 肿瘤的生长部位。口腔颌面部常发生于第 5 对或第 7 对脑神经，位于面颊、眼、颈、舌、腭等部位。上颌骨多发于下颌骨。

c. 肿瘤的大小、边界、质地、活动度及与邻近组织的关系。沿神经分布区域内，结缔组织异常增生，皮肤松弛或折叠下垂，造成明显的面部畸形或功能障碍。肿瘤质软，一般不能压缩，可造成局部骨质压迫性吸收。

d. 多发性神经纤维瘤病人全身有多处色素斑块及皮下结节状病损。一般认为全身有 6 个以上大于 0.5cm 的皮肤色素斑块，2 个以上任何类型的神经纤维瘤，即可确诊为神经纤维瘤病，同时还可伴有先天性枕骨缺损。

③ 辅助检查。

a. 实验室检查。一般无异常改变。

b. 影像学检查。

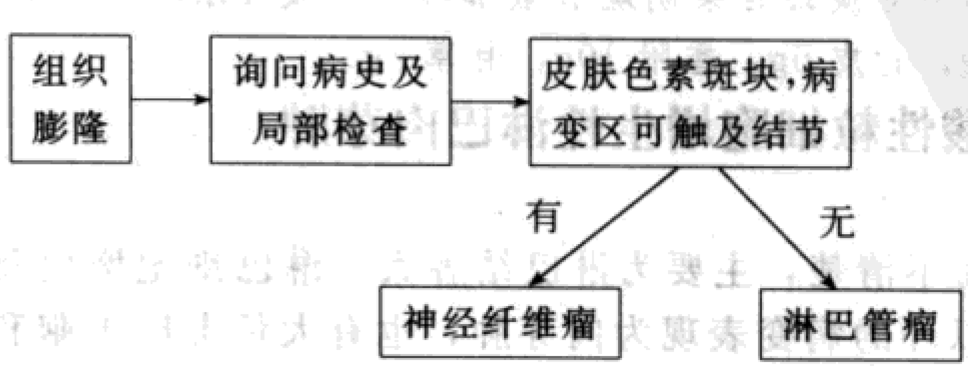
ⅰ. X 线片。颌骨神经纤维瘤一般有单囊和多囊之分。发生于下牙槽神经管内的神经纤维瘤可使神经管呈纺锤状扩张，而颌骨神经纤维瘤病导致的颌骨异常变化明显多于单纯的颌骨神经纤维瘤，并且有一定的特征性，包括下颌骨形态变化，下牙槽神经管、下颌孔和颏孔均可增大。

ⅱ. B 超、CT、MRI。B 超多表现为大小不一的软组织弥漫性增生或肿块，位于颈动脉间的神经纤维瘤可呈梭形。CT 显示病变内部的密度变化因肿瘤内部的组织性质而异，与周围组织分界欠清晰。神经纤维瘤病 CT 上显示有颅骨缺损。MRI 的 T_1 加权像为低信号、中信号，T_2 加权像为高信号、中信号混合。Gd-DTPA 注入后不均匀强化。

(2) 鉴别诊断

疾病名称	临 床 表 现
丛状神经纤维瘤	组织松弛下垂，有空感，病变区域可触及丛状结节，皮肤可见 6 个以上大于 0.5cm 的皮肤色素斑块
海绵状淋巴管瘤	组织柔软，无结节，无皮肤色素斑块

(3) 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（4）治疗方案

① 治疗原则。手术切除。对小而局限性的神经纤维瘤可以一次性完整切除；但对巨大肿瘤只能作部分切除，以纠正畸形及改善功能障碍。

② 治疗措施。如行手术一次性切除时，要有充分的准备，因为肿瘤常与皮肤及基底粘连，且界限不清楚，加之血运十分丰富含有血窦，手术时出血较多，而且不易用一般方法止血，故应做好充分的备血及选择低温麻醉。手术宜锐性切除瘤体周围组织，此法较钝性分离快而出血较少。此外，应用电刀、结扎双侧颈外动脉，以及应用经导管动脉栓塞技术也均有助于减少出血。对于手术造成的大面积组织缺损，应行皮瓣或肌皮瓣移植修复。

（5）医嘱示范　神经纤维瘤切除及带蒂皮瓣修复全麻手术术后医嘱示范（以21岁，59kg女性为例）。

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科护理常规	全麻术后常规护理
一级护理	血常规
半流质饮食	尿常规
每2h观察皮瓣颜色及温度变化	便常规
阿司匹林0.3g,po,qd	肿物病理检查
低分子右旋糖酐500ml,iv drip,qd	地西泮(安定)5mg,po
生理盐水注射液500ml　iv drip, 青霉素640万单位　bid(A. S. T)	

3. 中医会诊

痰凝气结。

[症状]　肿块位于颈部或口腔内，并逐渐长大，不红不痛，推之则动；苔黄腻，舌红，脉滑数。

[治则]　化痰散结，疏肝理气。

[方药]　选用导痰汤合柴胡疏肝散加减。半夏10g，茯苓10g，柴胡5g，陈皮5g，川芎10g，青皮5g，香附10g，甘草3g。

（七）嗜酸性粒细胞增生性淋巴肉芽肿

1. 概述

本病病因尚不清楚，主要为淋巴结肿大，淋巴细胞增生及嗜酸性粒细胞浸润。淋巴结以外的病变表现为肉芽肿，也有大量淋巴细胞和嗜酸性粒细胞

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

浸润。患部皮肤的表皮层及皮下组织亦可见嗜酸性粒细胞。骨髓也可见淋巴细胞及嗜酸性粒细胞增多。腮腺受累时，腺体内亦可见淋巴细胞及嗜酸性粒细胞。

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。本病常见于20～40岁的成年人，绝大多数为男性。发病缓慢，病程较长。无痛，有瘙痒感。

② 体征。

a. 肿瘤的形态。主要表现为软组织肿块，有时为多发。其周界不清楚，并可见皮肤粗厚及色素沉着。

b. 肿瘤的生长部位。常见于腮腺区、眶部、颧颊部，下颌下、颏下、上臂等区，有区域性及广泛性表浅淋巴结肿大。

c. 病变特征。肿块无压痛，质软，在不同时期有不同表现。初期为软橡皮样，日久逐渐硬韧，当肿块缓解时再度变软。偶可自行消退，但又复发；并有时大时小症状。肿块大多可以推动，呈分散性，中度硬韧，不化脓。

③ 辅助检查。实验室检查有特殊意义。可见血液中白细胞轻度增多，特别是嗜酸性粒细胞明显增多，可高达60%～70%（绝对计数也明显增加），淋巴细胞亦相应增多。

(2) 鉴别诊断

① 与神经纤维瘤相鉴别。

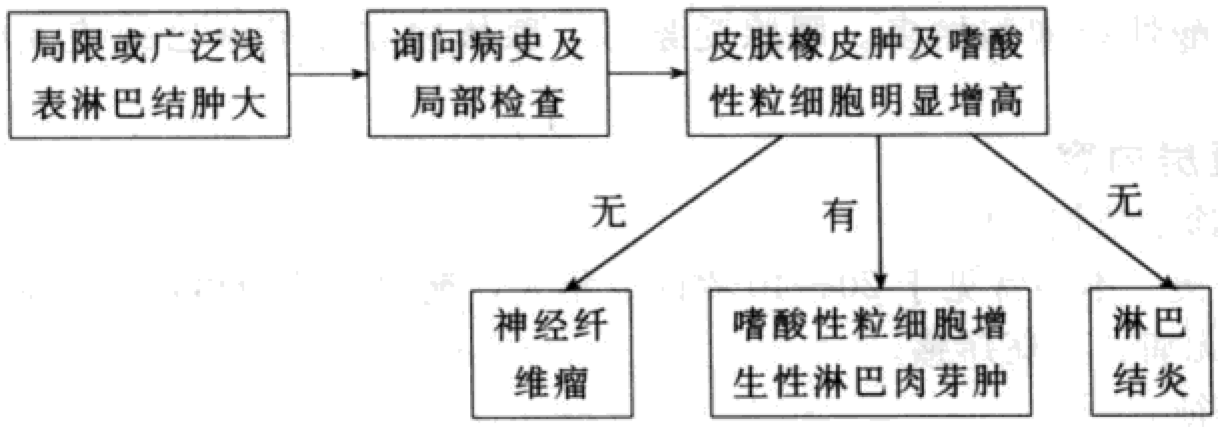
疾病名称	临床表现	淋巴结肿大	血常规检查
嗜酸性粒细胞增生性淋巴肉芽肿	病变区皮肤触诊呈橡皮样感	可伴有广泛性浅表淋巴结肿大	嗜酸性粒细胞明显增高，可高达60%～70%
神经纤维瘤	触诊呈空感，可触及念珠状及丛状结节	不伴有浅表淋巴结肿大	一般无异常

② 与淋巴结病变相鉴别。

疾病名称	淋巴结症状	与之相关的其他部位病灶	血常规检查
嗜酸性粒细胞增生性淋巴肉芽肿	无痛	皮肤有橡皮肿，瘙痒	嗜酸性粒细胞明显增高
淋巴结炎	疼痛	可有其他部位感染灶	白细胞可明显增高
淋巴结结核	无痛或轻微疼痛	常伴有肺结核	血象一般无异常，可伴有白细胞总数减低
恶性淋巴结肿瘤	晚期疼痛	常可找到肿瘤原发灶	可有血红蛋白下降

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(3) 病情分析思路



(4) 治疗方案

① 治疗原则。首选放疗；多发者也可用化疗及肾上腺皮质激素治疗；也可考虑部分手术切除。

② 治疗措施。嗜酸性粒细胞增生性淋巴肉芽肿对放射治疗敏感，每照射野总量给 10～20Gy 即可使其消退。部分病例可能复发，若再照射，反应仍然良好。肿大的淋巴结对放射线反应亦佳，但不如淋巴结以外的病变。

3. 中医会诊

本病中医无相关论述。

二、骨组织良性肿瘤

(一) 成釉细胞瘤

1. 概述

成釉细胞瘤是最常见的牙源性肿瘤，占 63%，其组织发生来源一般认为是牙源性上皮，即残余的牙板、造釉器及马拉塞上皮剩余；也可来源于牙周组织中上皮剩余；口腔黏膜的上皮基底细胞；含牙囊肿或角化囊肿的衬里上皮。

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。成釉细胞瘤最多见于青壮年患者，男性稍多，约为 1.5∶1。由于本病起始于骨内，开始无任何症状，不少病例是在例行 X 线检查或因伴发急性炎症感染才发现的，因此病期短者仅 1 天，长者可达 30 余年。从初发症状到就诊，平均病期 5 年。病变逐渐生长发展而致颌骨膨大，出现颜面两侧不对称的畸形表现，常为病人就诊的主诉。

② 体征。

a. 形态。成釉细胞瘤由于在骨组织内膨胀性生长而表现为颌骨的膨大畸形，颌骨膨胀多向唇颊侧，舌侧膨胀较少，可能系受舌制约的关系。肿物发展穿破骨质而突出于口腔黏膜下时，其被覆的正常黏膜表面可见对𬌗牙的咬痕或因咬伤出现溃疡。牙常移位或松动脱落。发生于软组织内可表现为溃疡和肿块，易误诊为恶性肿瘤。

b. 生长部位。下颌好发，下颌与上颌发生比例为 10∶1。下颌又以发生于下

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

颌支与下颌体交界部位最多，其次为下颌体，两者约占下颌的80%。

c. 大小、边界、质地、活动度和与邻近组织的关系。通过视诊和扪诊了解肿瘤的这些特征。其大小以尺测量，并以厘米为单位计量，其侵及的范围常以牙位和颌骨的解剖标志描述。早期肿瘤位于颌骨内，故质地坚硬；肿瘤明显长大后，中央可以囊性变。大的病变可累及一侧下颌骨，髁突和喙突均为膨胀性病变，但罕见侵入颞下颌关节，故很少引起开口困难。上颌骨病变可以侵入上颌窦及鼻腔，导致呼吸不畅。少数病例可扩展入颞下凹、颅底。肿物持续增长压迫骨质变薄，变薄区如正是囊变部分可扪及乒乓球样感以至波动感。肿块发展很大时，因骨质破坏较多，可发生颌骨病理性骨折，应加以注意。

d. 口腔功能检查。口腔功能障碍提示成釉细胞瘤的发展已突破骨组织，进入软组织。张口受限说明成釉细胞瘤已侵及咀嚼肌，吞咽功能障碍表明肿瘤已波及咽部。

③ 辅助检查。

a. 实验室检查。血常规一般无异常，继发感染时白细胞计数和中性粒细胞比例升高。

b. 影像学检查。

ⅰ. X线摄片。是成釉细胞瘤诊断的主要依据之一。华氏位、曲面断层片、下颌骨升支切线位和斜侧位片可清晰显示成釉细胞瘤的骨影像学改变。其X线表现有多房型、蜂窝型、单房型和局部破坏型四种类型。其共同X线特征如下：ⓐ骨壁膨隆，以向唇颊侧为主；ⓑ骨密质消失，多见于牙槽骨；ⓒ肿瘤内含牙或不含牙，含牙者以阻生牙、埋伏牙或多生牙最为常见；ⓓ牙齿移位，牙根呈锯齿状吸收；ⓔ肿瘤向牙根与牙根之间浸润；ⓕ肿瘤无钙化征象。

ⅱ. 颌面CT检查。对于侵及软组织的成釉细胞瘤，CT可以定位检查，明确其范围、大小以及与邻近组织的关系。

ⅲ. 穿刺检查。对于成釉细胞瘤的囊性变或壁性成釉细胞瘤，临床扪诊触及乒乓球感者，行穿刺检查，可以抽吸出黄褐色液体，但无脱落上皮及黄色角化物。

ⅳ. 活组织检查。对于临床难以明确诊断的不典型病例，特别是难以与恶性肿瘤鉴别的局部破坏型、外周型成釉细胞瘤，可以行活组织检查。该检查是结论性诊断方法。常常选择术中冰冻快速活检，以争取诊断与治疗一起完成。

(2) 鉴别诊断

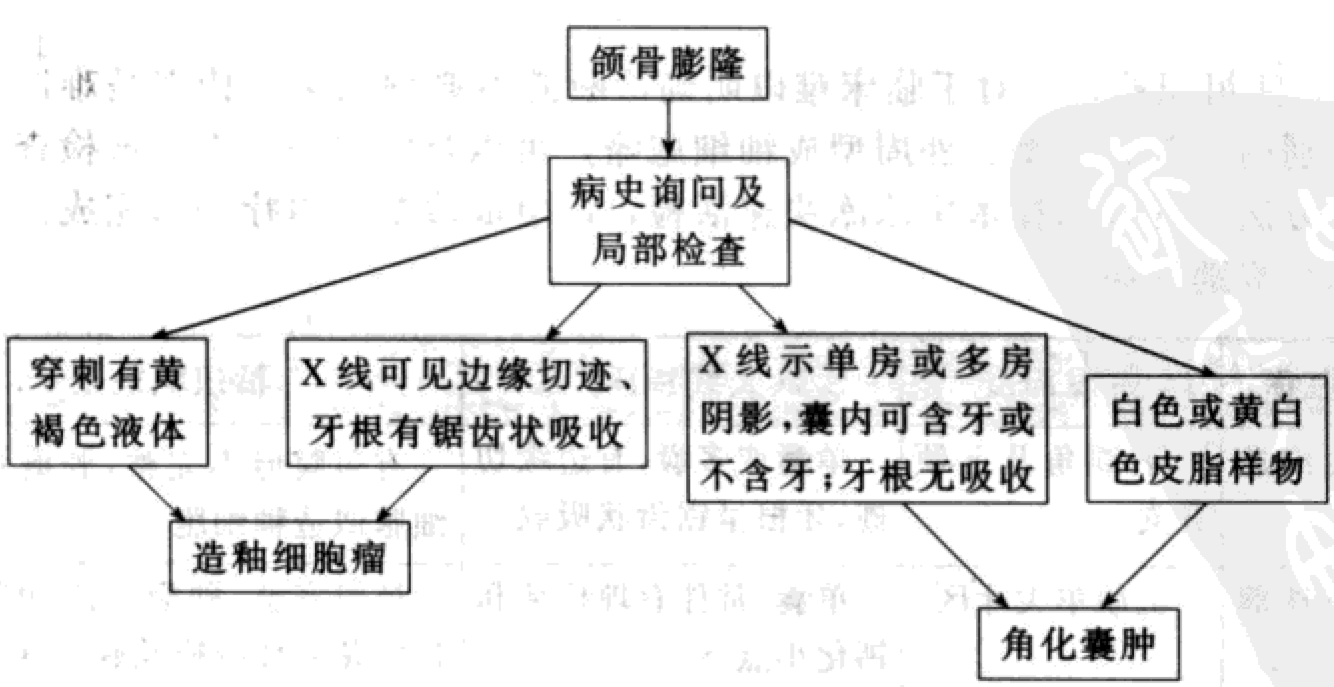
疾病名称	好发部位	X线特征	活组织检查
成釉细胞瘤	下颌角及下颌升支	单囊或多囊，有边缘切迹，牙根呈锯齿状吸收	有包膜但不完整，肿瘤性上皮细胞似造釉细胞
牙源性腺样瘤	上颌单尖牙区	单囊，常伴有埋伏牙和钙化小点	被膜完整，肿瘤上皮细胞常排列成花瓣样结构及腺管样结构

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

疾病名称	好发部位	X线特征	活组织检查
牙源性钙化上皮瘤	磨牙区和双尖牙区	颌骨不规则的透光区内含有大小不等的不透光团块，常有埋伏牙	由多边形上皮细胞组成，有明显的细胞间桥是其特点
牙源性钙化囊肿	磨牙区和双尖牙区	囊形透光区，其中含有不等量的不透光物质	有完整被膜，但薄厚不均，基底层似造釉细胞，其中有影细胞
牙源性纤维瘤	多见于下颌磨牙区	表现为透明阴影	由大量较成熟的纤维结缔组织组成，瘤内有上皮条索或团块
牙源性黏液瘤	下颌前磨牙区或磨牙区	蜂窝状或囊状阴影，相互之间有薄骨隔	无被膜，瘤细胞间有大量蓝色的黏液，瘤内有牙源性上皮条索
牙本质瘤	多见于下颌磨牙区	表现为浑浊不透光的阴影	由不成熟的结缔组织和特征性的发育不良的牙本质及牙源性上皮所组成
牙骨质瘤	常见于下颌切牙的根尖周围	一期为境界不清的透射阴影；二期为病损中央部含有阻射的小团块；三期为界限清楚完全致密的团块	一期为纤维结缔组织；二期有中等量的牙骨质小体；三期有较大牙骨质团块和编织状骨组织
牙瘤	上、下颌骨均可发生，混合牙瘤多位于磨牙区，组合型者多见于前牙区	混合型为境界清楚的不透光阻射区；组合型由许多牙齿样物组成	混合型为牙釉质、牙本质、牙骨质和牙髓混合而成；组合型为多个大小不等的牙齿

(3) 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（4）治疗方案

① 治疗原则。以外科手术为主。由于成釉细胞瘤属临界瘤，因此切除肿瘤时应在肿瘤外正常组织 0.5cm 以上的范围进行手术。

② 治疗措施。

a. 彻底刮治术。小儿成釉细胞瘤可采用彻底刮治术，一般很少复发。对于多次复发的肿瘤，则不宜再行刮治术而应采用切除术。

b. 下颌骨方块切除术。侵犯下颌骨的成釉细胞瘤，范围较小，按其治疗原则切除病变后，下颌骨下缘能保留足够厚度者。术前评估一般要求 X 线片显示，肿瘤下缘 0.5cm 以外尚有足够厚的正常骨组织（至少 0.5cm 厚度）。

c. 下颌骨部分切除术。适用于成釉细胞瘤范围较局限，但下颌骨下缘无足够厚度，肿瘤切除后无法保证下颌骨连续性者。

d. 下颌骨切除术。成釉细胞瘤已侵及一侧下颌骨及升支部，病变已接近中线或整个下颌骨者，则行一侧下颌骨切除术或全下颌骨切除术。全下颌骨切除术者，术中应做预防性气管切开术并做人工骨移植。

e. 上颌骨切除术。上颌骨成釉细胞瘤应考虑行上颌骨切除术，局限者可行刮除加液氮冷冻或石炭酸（需乙醇中和）、Carnoy 液（生理盐水冲洗即可）化学烧灼。

f. 颌骨缺损的修复。下颌骨连续性完好者，一般不需要修复；连续性丧失者可采用单纯游离骨移植术、血管化游离骨移植术或人工骨移植。单纯游离骨移植术的骨骼来源可采用肋骨、髂骨等；血管化游离骨移植术可用髂骨瓣、腓骨瓣等。上颌骨缺损者，术后赝复体修复或同期行血管化游离骨移植或钛网上颌骨再造。

（5）医嘱示范　参见“神经纤维瘤”。

3. 中医会诊

（1）内治法　肝郁气滞。

［症状］　肿块见于颌面部，大小不一，无疼痛，边界清，扪之有乒乓球样感觉，皮色不变，生长缓慢；舌红，苔黄，脉滑数。

［治则］　疏肝解郁，化痰通络。

［方药］　选用石决明 15g，夏枯草 15g，柴胡 5g，牡丹皮 12g，贝母 15g，连翘 10g，川芎 10g，当归 10g，白芍 10g。

（2）外治法　用石决明和蜜调敷外贴。

（二）骨化性纤维瘤

1. 概述

骨化性纤维瘤是颌骨内常见的良性肿瘤，来源于颌骨内成骨性结缔组织。骨化性纤维瘤为大量的排列成束和旋涡状的纤维组织所构成，其中含有一些大小不等、排列不规则的骨小梁，骨小梁周围有少数成骨细胞，并含有骨样组织。此瘤多为实质性，囊性较少见。

2. 查房内容

（1）诊断依据

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

① 病史。病人通常以颌骨膨隆或颜面部畸形为主诉症状。一般无疼痛，生长缓慢，无皮肤感觉异常。早期无自觉症状，肿块增长至很大时，波及牙槽骨可有咬合关系错乱。

② 体征。骨化性纤维瘤主要临床体征是颌骨膨隆，颜面畸形。位于上颌骨者，常波及颧骨，并可能波及上颌窦及腭部，使眼眶畸形，眼球突出或移位，甚至产生复视。位于下颌骨者除引起面部畸形外，可导致咬合关系错乱，可至牙移位、松动、脱落。肿瘤边界比较清楚。表面黏膜和皮肤无异常。

③ 辅助检查。

a. 实验室检查。血常规一般无异常。

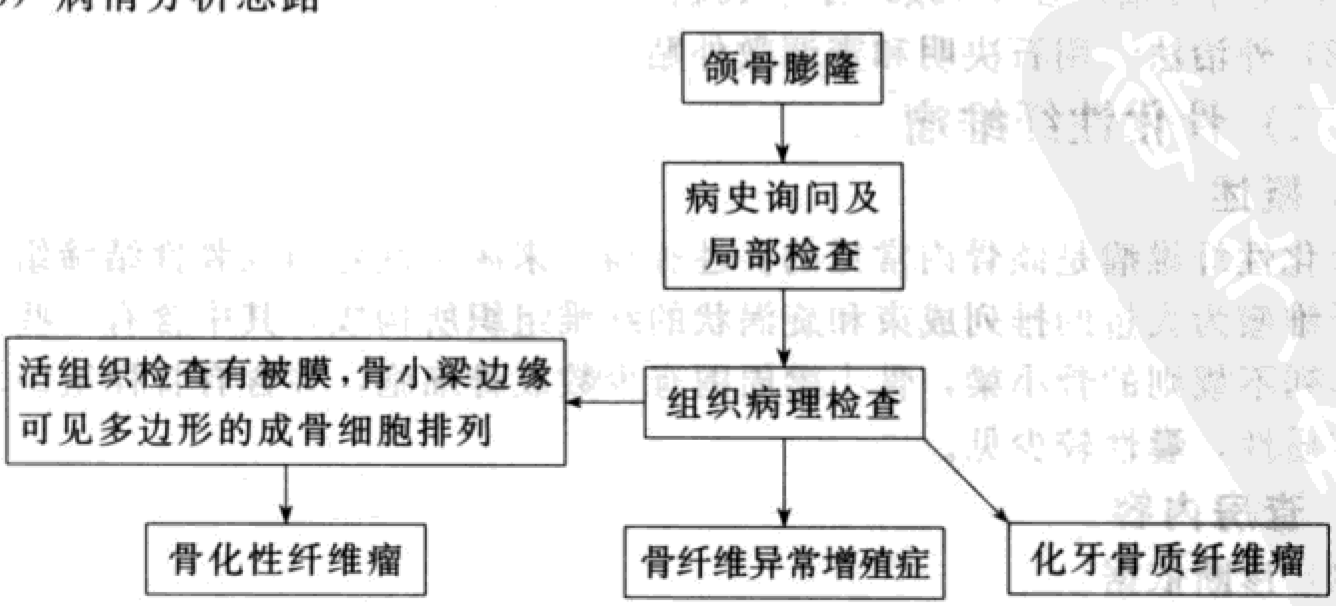
b. 影像学检查。X线摄片是骨化性纤维瘤诊断的重要依据之一。特征性表现为边界清楚的低密度影像（含纤维组织较多者），为单房或多房，其间有较致密的钙化影像（含骨组织较多者）。

c. 活组织检查。对于临床难以明确诊断的不典型病例，常需行活组织检查。其病理主要由致密的束状或旋涡状排列的纤维组织构成，其间有不规则的骨样组织、骨小梁或钙化团块。

(2) 鉴别诊断

疾病名称	活组织检查
骨化性纤维瘤	肿瘤有被膜，界限清楚。主要由致密的排列成束状或旋涡状的纤维组织构成，其间有不规则的骨样组织和骨小梁。骨小梁边缘可见多边形的成骨细胞排列
骨纤维异常增殖症	骨皮质变薄，与骨松质之间无明显界限。镜下见病变主要为纤维组织代替了正常组织。在大量增生的纤维组织中，可见纤细的骨小梁，呈“O”形、“C”形、“V”形等排列。骨小梁周围很少见到成排的成骨细胞。纤维组织可以直接成骨
化牙骨质纤维瘤	肿瘤是由胶原纤维、成纤维细胞或成牙骨质细胞组成。胶原纤维呈束，且错综交叉排列。在纤维组织内含有数量不等的牙骨质和牙骨质小体。有时牙骨质小体互相融合呈分叶状团块

(3) 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(4) 治疗方案

① 治疗原则。骨化性纤维瘤属真性良性肿瘤，故应行手术切除。

② 治疗措施。

a. 发生下颌骨者，依据肿块大小行单纯肿块切除、下颌骨方块切除、部分切除或一侧全切除。

b. 位于上颌骨者，行上颌骨部分或全切除。

c. 颌骨缺损过大需植骨者，可行骨移植。

(5) 医嘱示范　参见“神经纤维瘤”。

3. 中医会诊

参见“成釉细胞瘤”。

(三) 骨巨细胞瘤

1. 概述

骨巨细胞瘤是原发于骨的肿瘤。Caffe 等按照其生物学行为和组织学表现将其分为三级，分级标准不是根据巨细胞情况而是根据间质细胞的表现。巨细胞瘤的巨细胞直径 30～100μm，核的数目 10～80 个，位于细胞中心，核仁并不十分清楚。Ⅰ级巨细胞瘤是良性的，其特点是大量的巨细胞分布于分化较好的间质细胞中；Ⅲ级巨细胞瘤是恶性的，间质细胞数量多，呈显著的多形性或似纤维肉瘤，有丝分裂象常见而巨细胞的数目较少；Ⅱ级巨细胞瘤的组织病理表现介于上述两者之间。

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。肿瘤常见于 20～40 岁的成年人，男女无显著差别。早期无自觉症状，一般生长比较缓慢，随疾病发展可有局部间歇性胀痛。如肿瘤生长较快时，则有可能恶变。肿块发展很大，波及牙槽骨时可有咬合错乱。牙松动拔除后，创口内肉芽组织易出血。

② 体征。肿瘤发生于下颌骨者，先使前庭沟变浅，逐渐膨胀而致下颌变形；晚期可能发生病理性骨折。在上颌骨者可以波及尖牙窝或全上颌骨，牙槽突扩张，腭部突出，面呈畸形，牙可能被迫移位发生松动，拔牙时可见创口有易出血的肉芽组织。

③ 辅助检查。

a. 实验室检查。血常规一般无异常。

b. 影像学检查。典型骨巨细胞瘤 X 线表现为肿瘤周界清楚，呈肥皂泡沫样或蜂房状阴影，阴影区无钙化点或新生骨，伴有骨质膨胀。

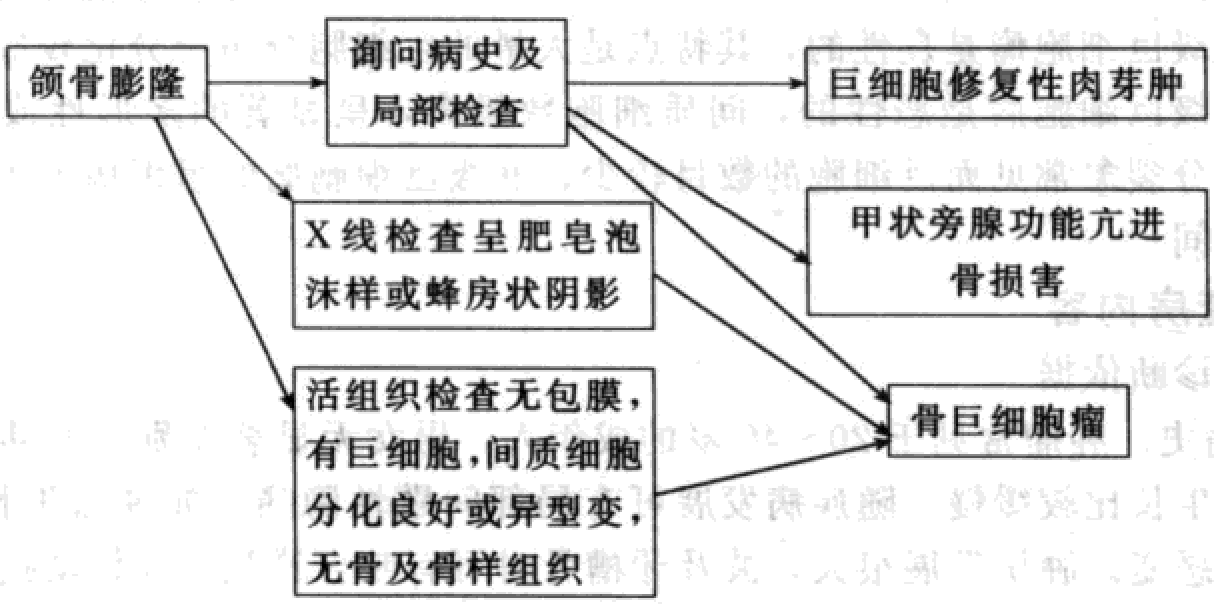
c. 活组织检查。对于临床难以明确诊断的不典型病例，常需行活组织检查。

(2) 鉴别诊断

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

疾病名称	X线表现	实验室检查	肿物穿刺	病理检查
骨巨细胞瘤	呈肥皂泡沫样或蜂房状阴影，阴影区无钙化点或新生骨，伴有骨质膨胀	一般无异常	无内容物	无包膜，有巨细胞，间质细胞分化良好或异型变，无骨及骨样组织
巨细胞修复性肉芽肿	单房状囊性阴影，常有骨样组织或骨小梁	一般无异常	无内容物	少量巨细胞，环绕出血处呈灶性堆积，有骨样组织
甲状旁腺功能亢进骨损害	囊性阴影，并见不规则、不清楚的边缘	血钙及血清碱性磷酸酶升高	无内容物	大量破骨细胞型巨细胞，有不成熟新骨形成
颌骨囊肿	单房型，界清，周边有白色致密线条	一般无异常	抽出黄色或淡黄色液体	有上皮衬里及纤维性囊壁

（3）病情分析思路



（4）治疗方案

① 治疗原则。外科手术切除为主。

② 治疗措施。术中需行冰冻切片病理检查，依据其病理分级确定治疗方案。

a. 属Ⅰ级者。采用彻底刮治术，并在基底部烧灼处理，或在健康骨组织内切除肿瘤。

b. 属Ⅱ级者。应按照临界瘤的处理原则，在肿瘤外正常组织 0.5cm 处切除颌骨，做方块切除或部分切除。

c. 属Ⅲ级者。则按照恶性肿瘤处理原则做颌骨部分切除或全部切除。

d. 肿瘤过大难以切除彻底者，术后可行放疗。

e. 骨质缺损行游离骨移植或血管化游离骨移植。

（5）医嘱示范（33 岁，74kg 男性为例）。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规
半流质饮食	凝血四项
三级护理	血型
	血生化
	肝功能+GPT
	血糖、血脂
	尿常规
	便常规
	术前医嘱
	全麻下行右下颌骨肿瘤切除术+髂骨移植术
	术前禁饮食 8h
	口腔清洁、术区备皮
	术中快速病理准备
	头孢菌素皮试
	交叉配血
	备红细胞混悬液 2U
	阿托品 0.5mg 苯巴比妥(鲁米那)0.1g │ im,术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科全麻术后护理常规	血常规
一级护理	5%葡萄糖氯化钠 250ml 氨甲苯酸(止血芳酸)0.1g │ iv drip
流食	
氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口水)含漱,q2h	

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

术后长期医嘱		术后临时医嘱
口腔护理　tid		
生理盐水注射液 500ml	iv drip，	
青霉素 640 万单位	bid(A. S. T)	

3. 中医会诊

参见“成釉细胞瘤”。

(四) 骨纤维异常增殖症

1. 概述

骨纤维异常增殖症系以正常骨组织逐渐被增生的纤维所代替为特征的骨病。按其侵犯的范围分为多骨性及单骨性两大类。多骨性者侵及多数骨骼，具有显著的单侧发病倾向；单骨性仅侵及单一骨骼，可一骨单发或一骨多发，但绝大部分为一骨单发。如除骨病变外，合并发育过早及女性性早熟，以及皮肤棕色色素沉着斑，则称为奥尔布赖特（Albright）综合征。

2. 查房内容

(1) 诊断依据

① 病史。病人通常以颌骨进行性肿大或颜面畸形为主诉症状。重点了解以下情况：a. 发病年龄；b. 有无身体其他部位的骨组织肿大；c. 颌骨肿大进入青春期后的变化；d. 邻近器官有无功能障碍，如鼻塞、眼球移位等；e. 咬合有无错乱。

② 体征。其主要临床体征是颌骨进行性肿大，后期加重造成颜面畸形，但进入青春期后发展停止或减慢。局部可有或无任何疼痛。硬腭可下陷或牙槽增大，颜面突出不对称。触诊为骨性硬度，偶有具弹性感者，与皮肤不粘连。鼻唇沟可消失，鼻腔阻塞。病变涉及眼窝时，眼球亦被压突出移位，眶间距离可增宽。由于骨质增生，视神经孔可狭窄压迫神经而使视力减退；发生在颞骨者，因外耳道阻塞或因听神经受压而产生听力障碍；颅底骨质增生对脑神经造成压迫而出现程度不同的脑神经麻痹症状。有个别病例，在骨纤维异常增殖症基础上发生骨肉瘤。

③ 辅助检查。

a. 实验室检查。血常规一般无异常。但多骨性骨纤维异常增殖症者，血清磷酸酶可增高。

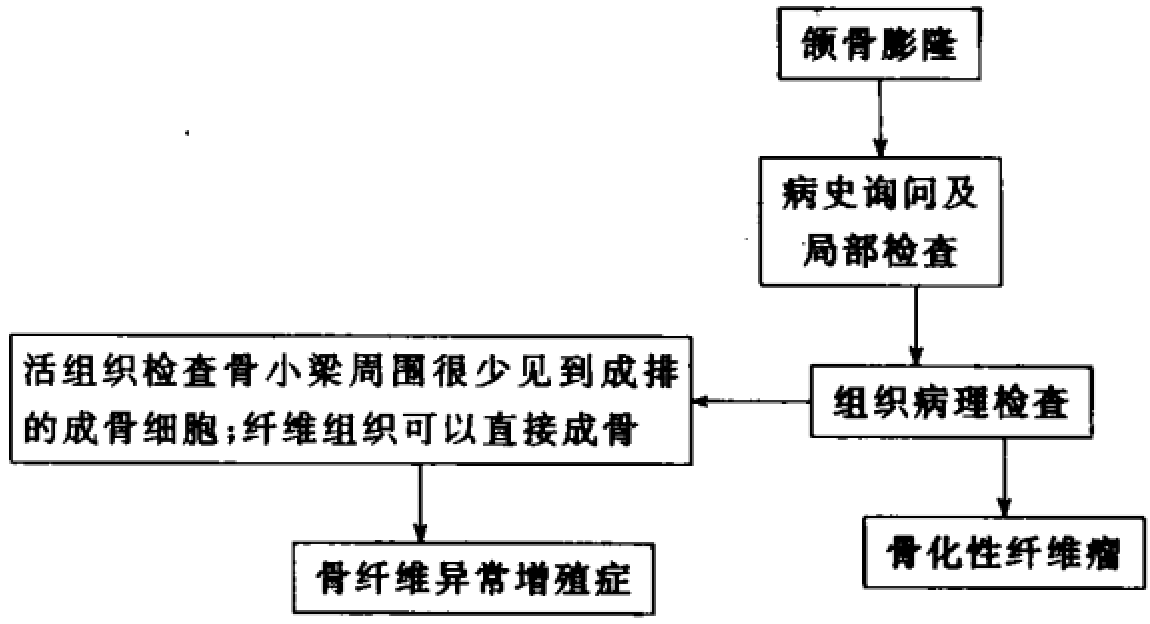
b. 影像学检查。X线摄片是诊断骨纤维异常增殖症的重要依据之一。X线表现可分为四型：毛玻璃型、囊肿型、硬化型和混合型。其典型表现为颌骨膨隆，毛玻璃状影像，边界模糊不清。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

c. 活组织检查。对临床诊断有困难者可术中行快速病理检查。

(2) 鉴别诊断　同“骨化性纤维瘤”。

(3) 病情分析思路



(4) 治疗方案

① 治疗原则。

a. 本病的治疗主要是通过手术纠正畸形，改善功能和阻止病变的发展。

b. 病变往往在青春期后期停止发展，所以治疗时间以青春期后期为宜。

c. 禁止放射治疗，有报告经放射治疗后发生肉瘤变者。

② 治疗措施。手术切除部分纤维病变，以改善面部畸形。手术时应注意双侧面部的对称性，注意保护神经等功能性结构。对恶变者应在正常骨质 1cm 范围内切除肿瘤。

(5) 医嘱示范　参见“骨巨细胞瘤”。

3. 中医会诊

参见“成釉细胞瘤”。

（周伟东　刘　学　徐　玲）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第五章　口腔颌面部恶性肿瘤

第一节　口　腔　癌

一、唇癌

（一）概述

唇癌为发生于唇红黏膜的癌。按国际抗癌协会（UICC）的分类，发生于唇内侧黏膜的癌应属颊黏膜癌；发生唇部皮肤的癌应属皮肤癌。唇癌应包括自然闭口状态下外显唇红黏膜组织、口角联合黏膜（从口裂向后 1cm 范围）发生的癌。多数为鳞状细胞癌。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史

① 年龄。唇癌的发病年龄在 40 岁以上，男性多于女性。

② 唇部外生型肿块或溃疡为唇癌的重要症状。常表现为唇部久治不愈的慢性炎症、溃疡；唇白斑、扁平苔藓、乳头状瘤、盘状红斑狼疮等癌前病变近期生长加快，表面糜烂、皲裂等。

③ 长期暴露于紫外线之下的户外工作者；有热饮、热食习惯，有吸烟斗或雪茄嗜好者为高发人群。

（2）体征

① 肿瘤部位。上下唇均可发生唇癌，但以下唇多见，特别常见于下唇中外 1/3 部。

② 肿瘤形态。唇癌早期为疱疹状结痂的肿块或局部黏膜增厚，随后出现火山口状溃疡或菜花状外生型肿物。

③ 肿瘤生长缓慢，一般无明显自觉症状。由癌前病变转变来的唇癌，周围可见到原发病变如白斑、扁平苔藓的白纹等。

④ 晚期病人肿瘤可侵及全唇、颊部、前庭沟，甚至颌骨。

⑤ 涎液外溢。下唇癌由于影响口唇闭合功能，可伴严重的涎液外溢。

⑥ 淋巴结的检查。唇癌的转移较少见，下唇癌常向颏下、下颌下、颈深上淋巴结转移；上唇癌向耳前或下颌下，颈深上淋巴结转移。一般上唇癌转移较下唇癌多见且早。

⑦ 活体组织检查可确定诊断。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(3) 影像学检查

① 颌面部及颈部 CT 检查。主要判断颈部淋巴结大小，从而评估有无转移的可能。

② 颌面部 MRI 检查。对软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位。

(4) 临床分类、分期

① 临床分类。

Tis：原位癌。

T_1：肿瘤最大直径≤2cm。

T_2：2cm＜肿瘤最大直径≤4cm。

T_3：肿瘤最大直径＞4cm。

T_4：肿瘤侵犯邻近解剖结构，穿破骨皮质，侵犯下牙槽神经，口底或面部皮肤。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：同侧单个淋巴结转移，直径≤3cm。

N_2：淋巴结转移。

N_{2a}：同侧单个淋巴结转移，3cm＜直径≤6cm。

N_{2b}：同侧多个淋巴结转移，其中最大直径≤6cm。

N_{2c}：双侧或对侧淋巴结转移，最大直径≤6cm。

N_3：转移淋巴结最大直径＞6cm。

M_x：不能评估有无远处转移。

M_0：无远处转移。

M_1：有远处转移。

② 临床分期。根据以上情况进行组合，唇癌的临床分期如表 5-1 所示。

表 5-1 唇癌的临床分期

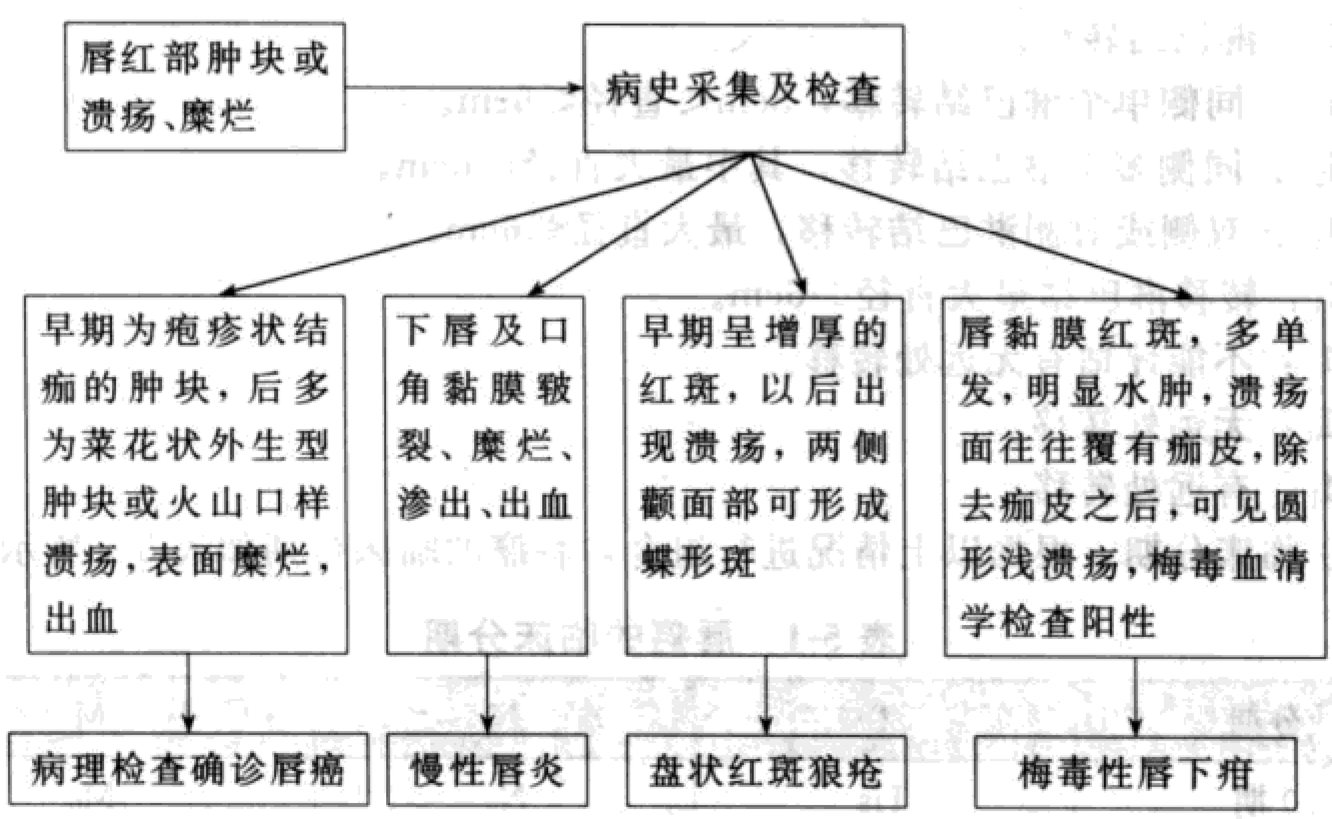
分期	T	N	M
0 期	Tis	N_0	M_0
Ⅰ期	T_1	N_0	M_0
Ⅱ期	T_2	N_0	M_0
Ⅲ期	T_3 T_1 T_2 T_3	N_0 N_1 N_1 N_1	M_0 M_0 M_0 M_0
Ⅳ期	T_4 任何 T 任何 T	N_0 或 N_1 N_2 或 N_3 任何 N	M_0 M_0 M_1

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 鉴别诊断

疾病名称	部　位	主　要　特　征	治疗与预后
慢性唇炎	下唇或口角	唇黏膜皲裂、糜烂、渗出、出血	经对症治疗后可好转
盘状红斑狼疮	下唇多见	早期呈增厚的红斑，以后出现溃疡，两侧颧面部可形成蝶形斑	局部涂擦肾上腺皮质激素类软膏或霜剂以及抗疟药治疗有效
梅毒性唇下疳	唇黏膜	唇黏膜红斑，多单发，明显水肿，溃疡面往往覆有痂皮，除去痂皮之后，可见圆形浅溃疡；梅毒血清学检查阳性	抗生素治疗有效
唇癌	上下唇，以下唇常见	早期为疱疹状结痂的肿块，后多为菜花状外生型肿块或火山口样溃疡，表面糜烂，出血	手术为主的综合治疗

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则　早期发现，早期确诊，尽早行以手术为主的综合治疗。

(2) 术前准备

① 术前戒烟，洁齿、保持口腔卫生，唇部皮肤准备。

② 术前30min给予抗生素。

③ 有其他脏器轻度病损，无手术禁忌证者，预防、保持性治疗。

④ 考虑采用游离皮瓣修复缺损者，保护受区和供区血管。

(3) 一般处理

① 术后及时清除口腔内唾液及渗出液，以免误吸。

② 根据病人的情况采用间断吸氧或持续低流量吸氧12～24h。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

③ 全身麻醉插管术后需雾化吸入，减轻咽喉部反应。

④ 对高龄病人忌用大剂量止血药；行唇交叉组织瓣转移术及各种游离、带蒂组织瓣修复者，术后不宜用止血药物。

⑤ 注意观察组织瓣变化，创口两侧可用唇弓或蝶形胶布减小张力。

⑥ 术后注意电解质变化，根据病情补充 K^+、Na^+、Cl^-。

⑦ 预防性应用抗生素 1 周。一般可根据体温、血象、全身和局部创口情况来调整抗生素的用量和用法。行显微外科唇再造者需头部制动，全身抗凝治疗 7～10 天，带蒂皮瓣唇再造者抗凝治疗 5～7 天，抗凝治疗时药物的用量要根据病人的全身状况而定，防止引起其他脏器的出血。

⑧ 因手术中使用了电刀，术后第 9 天要开始间断拆线，根据创口张力情况 2～3 天拆完。唇交叉组织瓣转移术后 2 周左右断蒂并行修整，也可先行血流阻断训练，以便及早断蒂。

（4）早期唇癌治疗方法　原发灶采用手术、放疗、激光治疗或低温治疗，均可取得较好的疗效。颈部未触及肿大淋巴结，可密切随访观察。

（5）晚期唇癌治疗方法　以手术为主，辅助放疗和化疗等综合治疗。根据肿瘤病灶大小应行原发灶三角形或“W”形或矩形切除术，术中切缘做快速冰冻切片检查，了解手术切除的彻底性。唇缺损一般立即整复，唇缺损 1/3 以内，直接拉拢缝合；唇缺损 1/2，用剩余唇瓣滑行修复，上唇还可用鼻唇沟皮瓣修复；唇缺损 2/3 或全唇缺损，可行唇交叉组织瓣转移术或扇形瓣转移术；晚期唇癌波及颏部、颌骨、鼻底或颊部，缺损很大，根据缺损的大小可选用前臂皮瓣、胸肌皮瓣或背阔肌皮瓣等修复。

（6）颈部淋巴结的处理　以治疗性颈淋巴结清扫为主。颏下、下颌下触及肿大淋巴结但未证实转移可行双侧舌骨上淋巴结清扫；如下颌下证实转移或颈其他部位触及肿大淋巴结，应行颈淋巴结清扫术。上唇癌淋巴转移到耳前或腮腺内者，行保留面神经的腮腺全叶切除术。

5. 医嘱示范

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规
二级护理	尿常规
普通饮食	便常规
	血型
	出血、凝血检查
	肝功能、肾功能
	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱
	胸部正位片＋心电图
	肝、脾、胰B超
	术前医嘱
	全麻下行下唇癌切除术＋左侧颈淋巴结清扫术
	术前禁饮食 8h
	交叉配血
	备红细胞混悬液 2U
	术区备皮
	头孢菌素皮试
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g 阿托品 0.5mg　im，术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科全麻术后护理常规	血常规
一级护理	5%葡萄糖氯化钠 250ml 氨甲苯酸(止血芳酸)0.1g　iv drip
流质饮食	
氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口水)含漱，q2h	复方氯化钠(林格溶液)500ml，iv drip
口腔护理 tid	
生理盐水注射液 500ml 青霉素 640 万单位　iv drip，bid(A.S.T)	
记录出入液量	

(三) 中医会诊

1. 内治法

(1) 心脾火炽

[症状] 唇肿高突坚硬，或溃烂疼痛，口渴尿赤，舌质红，苔黄，脉数。

[治则] 清火解毒，养阴生津。

[方药] 选用清凉甘露饮加减。水牛角 15g，枇杷叶 12g，牡蛎 30g，夏枯草 30g，莪术 12g，全蝎 6g，山豆根 12g，甘草 6g。

(2) 脾胃实热

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

[症状]　口唇肿块突起，灼热疼痛，面赤口渴，唇口燥裂，便秘尿黄，舌苔黄腻，脉滑数。

[治则]　通腑泄热，化痰解毒。

[方药]　选用凉膈散加减。生石膏 20g，知母 10g，黄芩 12g，栀子 9g，芒硝 6g，大黄 6g，竹叶 9g，山豆根 15g，僵蚕 12g，半枝莲 15g，甘草 6g。

(3) 阴虚火旺

[症状]　口唇溃烂，痛如火燎，色紫暗，时流血水，两颧发红，手足心热，舌红无苔，脉细数。

[治则]　滋阴降火。

[方药]　选用知柏地黄汤加减。知母 12g，黄柏 12g，熟地黄 24g，山茱萸（山萸肉）12g，山药 12g，泽泻 12g，牡丹皮 9g，茯苓 9g，山慈菇 15g，夏枯草 30g，甘草 6g。

2. 外治法

唇癌初起硬肿未溃，可外敷玉枢丹（《霍乱论》方）。配制方法：山慈菇 60g，五倍子 60g，千金子霜 30g，雄黄 20g，朱砂 20g，红大戟 45g，麝香 6g，共为细末，以陈醋调成糊状，外敷患处。

二、舌癌

（一）概述

舌癌是最为常见的口腔癌。按照 UICC 的分类，舌前 2/3（舌体）的癌属于口腔癌，舌后 1/3（舌根）的癌属于口咽癌。舌癌多见于 40～60 岁，男性多于女性，但近年有年轻化和女性增多的趋势，多为鳞癌。

（二）查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史

① 发生于舌侧缘、舌腹、舌背的溃疡或浸润性肿块，溃疡久治不愈。

② 舌白斑、红斑、扁平苔癣等癌前病变近期生长加快，表面糜烂。

③ 肿瘤继发感染或侵及舌肌时，疼痛加剧并向耳颞部发散，影响语言、吞咽及进食。

④ 除以上病史外，有热饮、热食习惯，过度的烟酒嗜好，中年以上的病人应高度警惕发生舌癌的可能。

(2) 症状与体征

① 症状。晚期舌癌多出现贫血、厌食、消瘦、头昏、乏力等症状，病人的营养和精神状况差；对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要拍胸片确定有无肺转移。

② 体征。

a. 肿瘤的形态。舌癌常为溃疡型或浸润型，腺上皮来源的癌可为肿块型。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

b. 常见部位为舌侧缘中1/3，其次为舌腹、舌背、舌尖等处，多为鳞状细胞癌，表现为浸润性溃疡。

c. 舌肌广泛受侵，常致舌活动受限，语言、吞咽功能障碍，侵及翼内肌，可发生张口受限。

d. 晚期侵犯口底、破坏下颌骨。

e. 常于早期出现颈淋巴结转移。远处转移则一般多转移到肺部。

③ 活组织检查可明确诊断。

(3) 影像学检查

① X线曲面断层片检查有无下颌骨破坏。

② 颌面部及颈部CT检查判断肿瘤范围、大小，颈部淋巴结大小，评估有无转移；另外也可了解肿瘤或淋巴结与颈部血管的关系。

③ 颌面部MRI检查对软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系，对舌根肿瘤可窥全貌。

(4) 临床分类、分期　目前多采用国际抗癌协会建议的T（原发肿瘤）、N（区域性淋巴结）、M（远处转移）法分期。

① 临床分类。

Tis：原位癌。

T_1：肿瘤最大直径≤2cm。

T_2：2cm＜肿瘤最大直径≤4cm。

T_3：肿瘤最大直径＞4cm。

T_4：肿瘤侵犯邻近解剖结构，穿破骨质，侵犯下牙槽神经、口底或面部皮肤。

T_{4a}：肿瘤侵犯邻近组织，穿破骨皮质，侵犯舌深部肌层及舌外肌、上颌窦、皮肤。

T_{4b}：肿瘤侵犯咀嚼肌间隙、翼板或颅底，和/或包绕颈内动脉。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：同侧单个淋巴结转移，直径≤3cm。

N_2：淋巴结转移。

N_{2a}：同侧单个淋巴结转移，3cm＜直径≤6cm。

N_{2b}：同侧多个淋巴结转移，其中最大直径≤6cm。

N_{2c}：双侧或对侧淋巴结转移，最大直径≤6cm。

N_3：转移淋巴结最大直径＞6cm。

M_x：不能评估有无远处转移。

M_0：无远处转移。

M_1：有远处转移。

② 临床分期。根据以上情况进行组合，舌癌的临床分期如表5-2所示。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

表 5-2　舌癌的临床分期

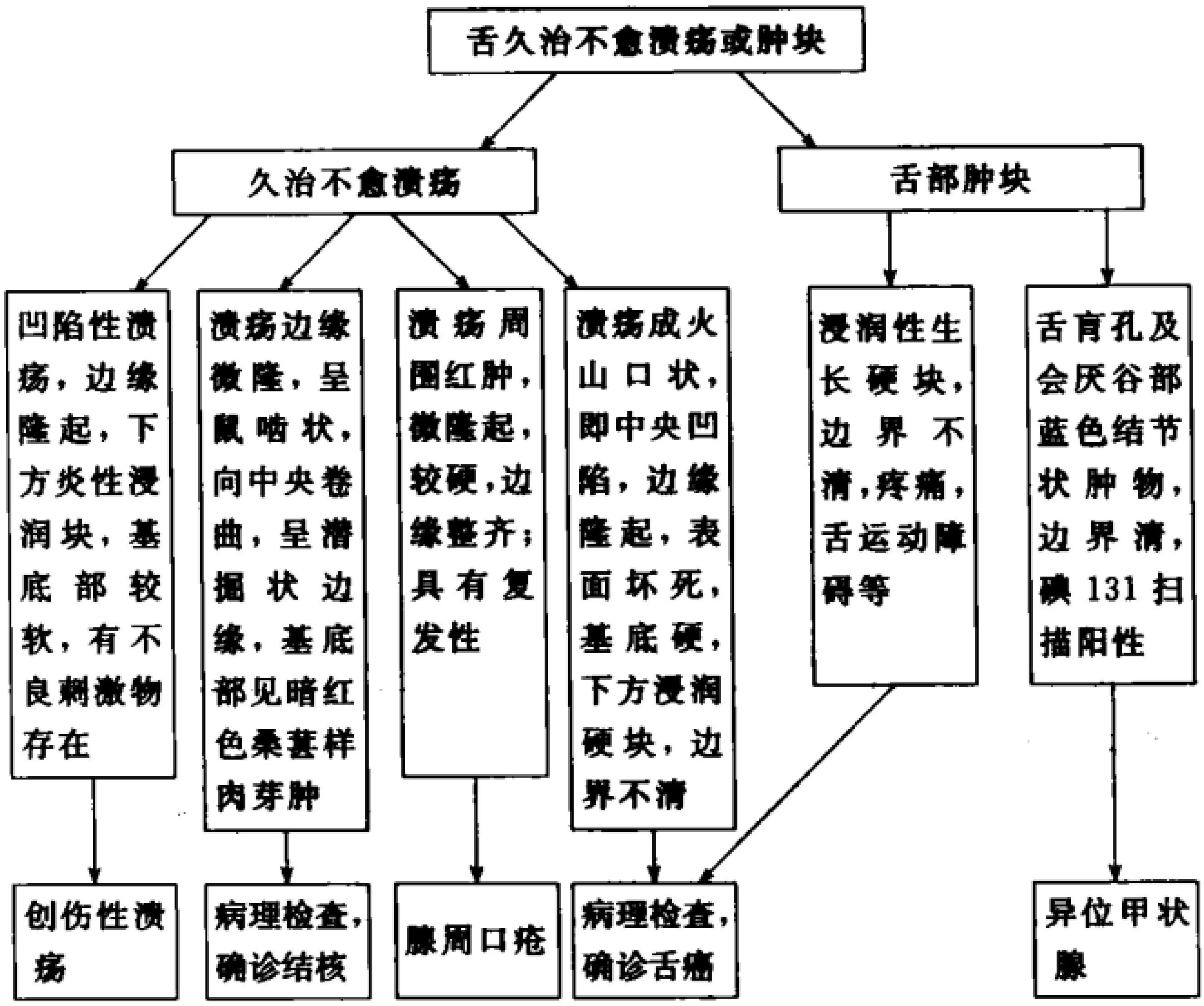
分期	T	N	M
0 期	Tis	N_0	M_0
Ⅰ期	T_1	N_0	M_0
Ⅱ期	T_2	N_0	M_0
Ⅲ期	T_3	N_0	M_0
	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_1	M_0
ⅣA 期	T_{4a}	N_0 或 N_1	M_0
	T_1、T_2、T_3、T_{4a}	N_2	M_0
ⅣB 期	任何 T	N_3	M_0
	T_{4a}	任何 N	M_0
ⅣC 期	任何 T	任何 N	M_1

2. 鉴别诊断

疾病名称	刺激物	疼痛	主要特征	转移灶	治疗与预后
舌创伤性溃疡	残根、锐利牙尖、不良修复体长期摩擦刺激	自发疼痛	凹陷性溃疡，边缘隆起，下方炎性浸润块，基底部较软	无	去除刺激物，抗炎药物治疗逐步好转
舌结核性溃疡	无	有或无	浅表、微凹而平坦溃疡，基底部见暗红色桑葚样肉芽肿，表面少许脓性物，溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，向中央卷曲呈潜掘状边缘，有时可见黄褐色粟粒状小结节。结核菌素试验(+)，X线胸片有时可见结核灶，确诊靠活组织病检	无	抗结核药物治疗
重型口疮(腺周口疮)	无	较重	溃疡周围红肿，微隆起，较硬，具有复发性	无	有自限性，边缘整齐
舌癌	有或无	有或无	多为溃疡型或浸润型，溃疡呈火山口状，即中央凹陷，边缘隆起，表面坏死，基底硬，下方浸润硬块，边界不清，少部分可有外生型生长	有或无	溃疡久不愈合，抗炎治疗无效，行手术为主的综合治疗
舌根部异位甲状腺	无	无	好发于舌盲孔及会厌谷部位，周界清楚，呈蓝色结节状，呈“含橄榄”语音；碘131扫描可明确诊断	无	不做特殊治疗

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　早期发现，及早确诊，以手术为主的综合治疗。

（2）术前准备

① 手术指征。全身情况能够耐受手术、无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的舌癌病人。

② 禁忌证。癌肿已有远处脏器转移或全身情况不能耐受手术的病人。

（3）治疗措施　舌癌的治疗是以手术为主，辅以化疗和放疗等的综合治疗。

① 0期。原发灶扩大切除术，颈部淋巴结的处理有3种方法：颈淋巴结清扫术，放疗及密切随访观察。但因舌癌易早期发生淋巴结转移，即隐匿性转移，而且有的学者认为预防性颈淋巴结清扫的效果较治疗性颈淋巴结清扫的效果好，故目前临床上常选择全颈（功能性）淋巴结清扫术式治疗。

② Ⅰ期、Ⅱ期。单纯舌原发灶扩大切除术、颈淋巴结清扫术或舌、颌骨（方块截骨）、颈联合根治术。如果舌体缺损达1/2或以上者，一般用皮瓣修复来恢复舌的外形和体积。

③ Ⅲ期、Ⅳ期。采用“术前化疗（即诱导化疗，PVP方案或PM方案）或放疗＋舌-颌骨-颈联合根治术、缺损修复＋术后放疗或化疗”的综合治疗。对于Ⅳ期有远处转移（M_1）的病人，采用化疗、放疗、生物治疗等姑息治疗方法，一般不宜手术治疗。近年来，对无法手术切除的肿瘤、术后残留肿瘤或复发性肿

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

瘤，采用“粒子刀”治疗，即将放射性粒子如^{125}I植入瘤体内治疗，具有创伤小、治疗剂量均匀等优点，目前临床已取得了一定的近期疗效。

(4) 术后处理

① 平卧头侧位，及时清除口腔内唾液及渗出液，以免误吸。

② 持续低流量吸氧 12～24h，也可根据病人的情况采用间断吸氧。

③ 颈部持续负压引流 3～4 天，观察引流液的颜色和引流管的通畅情况，颈部皮瓣的贴合状况。一般手术后的 12h 内流量不超过 250ml，超过者表明创口内有活跃出血点，可在密切注意呼吸道通畅的情况下选用局部加压包扎，也可重新打开创口止血。显微外科手术后行抗凝治疗者引流量较多，但一般不超过 350ml。引流量 24h 少于 30ml 方可拔除引流管。

④ 未行舌、颌骨修复者，术后可适当用止血药物，但高龄病人忌用大剂量止血药。

⑤ 雾化吸入以减轻插管引起的咽喉部反应。气管切开者一般在术后 3～5 天根据病人的肿胀反应消退的程度拔除气管套管，一次性气管切开用的套管与金属套管不同，常常无法试堵管。拔管后创口放置油纱，让其自行愈合。

⑥ 术后 24h 禁食，根据当日需要量、丧失量和排出量酌情补液，一般补液 2500～3000ml，气管切开每日需增加补液 500ml。注意血电解质变化，根据病情补 K^+、Na^+、Cl^-。24h 后插入胃管，鼻饲流质饮食，根据所摄入流质饮食的量调整补液量，7～10 天后停止鼻饲，14 天后可进半流质饮食。

⑦ 预防性应用抗生素 1 周。一般可根据体温、血象、全身和局部创口情况来调整抗生素的用量和用法。

⑧ 采用带蒂或游离皮瓣（显微外科技术）行组织修复或舌再造者则术后头部须制动并稍偏向患侧 5～7 天，保持室温 20～25℃；观察皮瓣颜色，最好利用自然光线观察，早期 2 天皮瓣苍白，但皮纹存在，毛细血管充盈试验不超过 5s；如仍无法准确判断皮瓣的血运情况时也可用消毒针刺入皮瓣，如有鲜红血液流出则表示血运良好。游离皮瓣需全身抗凝治疗 7～10 天，带蒂皮瓣则抗凝治疗 5～7 天，常使用扩张血管和抗凝药物如低分子右旋糖酐和阿司匹林治疗，其用量则根据病人的全身状况而定，一般每日静脉滴注低分子右旋糖酐 500ml，不超过 1000ml，防止引起其他脏器的出血，有出血倾向者则减少用量。术后 8～9 天方可在局部轻度加压包扎，过早加压可能影响皮瓣血管蒂和血管吻合口。

⑨ 如果手术中使用了电刀，术后第 9 天开始间断拆线，2～3 天内拆完，舌部缝线以 10～12 天拆除为妥，以免拆除过早导致舌部创口裂开。

5. 医嘱示范

长 期 医 嘱	临 时 医 嘱
口腔外科护理常规	血常规
二级护理	尿常规

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱
普通饮食	便常规
	血型
	出血、凝血检查
	肝功能、肾功能
	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体
	胸部正位片＋心电图
	肝、脾、胰 B 超
	术前医嘱
	全麻下行下舌癌切除术＋左侧颈淋巴结清扫术
	术前禁食 8h
	交叉配血
	备红细胞混悬液 2U
	术区备皮
	头孢菌素皮试
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g 阿托品 0.5mg im，术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科全麻术后护理常规	血常规
一级护理	5%葡萄糖氯化钠 250ml 氨甲苯酸(止血芳酸)0.1 iv drip
流食	
氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口水)含漱，q2h	复方氯化钠(林格溶液)500ml，iv drip
口腔护理 tid	
记录出入液量	
生理盐水注射液 500ml 青霉素 640 万单位 iv drip，bid(A. S. T)	

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（三）中医会诊

舌癌的辨证，初期以邪实为主，呈火毒结聚之证，继则虚实夹杂，晚期往往邪盛正衰，呈气血两虚状态。临床上可按病程辨证论治，并作随证加减。

1. 初期

［症状］　舌部生一小硬结，形如豆粒，常在舌边，触之较硬，或长大如菌。或有糜烂、溃疡，久治不愈，疼痛不适，涎唾腥臭，口干，尿少色黄，舌质红，苔薄黄，脉弦。

［治则］　清心泻火，解毒散结。

［方药］　选用导赤散加减。川黄连、木通、生甘草各6g，淡竹叶、赤芍、草河车各15g，栀子、山豆根、牡丹皮各10g，生地黄20g，车前草、白茅根、蒲公英各30g。

［加减］　见疼痛甚者，加乳香、没药各10g，以活血止痛；溃疡出血者，加仙鹤草30g、地榆10g，以止血；大便干结者，加生大黄、川厚朴各10g，以通便泄热。

2. 中期

［症状］　舌癌硬结增大，可见糜烂、溃疡，容易出血，疼痛难忍，面颊耳部亦痛，舌体活动困难，妨碍饮食言语，涎唾量多臭秽，舌质红，苔黄厚或黄腻，脉弦数。

［治则］　泻火解毒，散结止痛。

［方药］　选用黄连解毒汤加减。黄连6g，黄芩、黄柏、桃仁、生甘草各10g，栀子12g，山豆根、半枝莲各15g，草河车、蒲公英、白花蛇舌草、仙鹤草、薏苡仁各30g。

［加减］　若兼见口干甚者，加知母10g、玄参15g，滋阴降火；纳呆气短，夜寐不安加白术、当归各10g，茯神15g，以健脾安神。

3. 晚期

［症状］　舌体肿大满口或溃疡明显，易于出血，舌伸缩不能，开口、饮食困难，口气臭秽，项及颌下肿块累累，或透舌穿腮，汤水流出，形体消瘦，气短乏力，精神萎顿，舌淡苔腻，脉弦细而数。

［治则］　补血益气，解毒散结。

［方药］　选用四君子汤合当归补血汤加减。白术、知母、生甘草各10g，当归12g，山豆根、党参、茯苓、玄参各15g，生地黄20g，黄芪、仙鹤草、半枝莲各30g。

［加减］　若出血较甚，加白及15g、地榆10g，以止血；颈及颌下肿痛甚者，加夏枯草30g、海藻15g，以加强散结之力；若证见阴虚不足，虚火内生，则加沙参、天冬、石斛各10g，或知柏地黄丸为主方化裁。

以上分期，为舌癌演变之概况，三期之间并无严格界线，总以清热解毒、散结攻实为主，尤其是邪盛正不衰之初期、中期。然本病的发生与正虚有关，苦寒

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

之品易伤脾，病程日久易损正，因此，要注意顾护正气，祛邪而不伤正。

三、腭癌

（一）概述

腭癌按 UICC 分类是指原发于硬腭的癌肿。硬腭部最常见的是腺上皮癌，鳞癌少见。发生于硬腭的鳞癌，细胞多高分化，发展一般比较缓慢。硬腭癌主要向颈深上淋巴结转移，有时双侧淋巴结均可累及。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史

① 腭部痛性或无痛性肿块，近期生长加快；或生长缓慢的肿物表面破溃，或伴有腭穿孔；腭部癌前病变如白斑等近期发展加快，表面呈糜烂裂隙。

② 有过度的烟、酒嗜好，有咀嚼烟叶或其他刺激品习惯，中年以上的病人应高度怀疑发生鳞状细胞癌的可能。

（2）症状与体征

① 症状。晚期腭癌多出现贫血、厌食、消瘦、头昏、乏力等症状，病人的营养和精神状况差；对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要拍胸片确定有无癌肿肺转移。

② 体征。

a. 肿瘤部位。腺上皮癌主要发生于前磨牙平面以后的硬腭后份或硬腭、软腭交界处。鳞状细胞癌可发生于腭的各个部位，发生于腭的一侧较中线部多。

b. 肿瘤形态。腭部腺上皮癌常为外生型，鳞状细胞癌为外生型或溃疡型。

c. 肿瘤大小、边界、质地、活动度、与邻近组织的关系。发生于硬腭的腺上皮癌一般在黏膜下，表面完整，质地较硬或稍有弹性，侵袭性较隐蔽；鳞状细胞癌多以肿物为首发症状，溃疡者多为肿物基础上的破溃，质地较硬或稍有弹性，发展快。如有肿瘤两侧牙龈糜烂、破溃，牙齿松动、脱落、提示肿瘤可能已波及牙龈或牙槽突；如病人伴有鼻塞、鼻出血，语音含糊不清等症状，肿瘤可能已突破硬腭骨质，蔓延到鼻腔及上颌窦；如病人伴有吞咽困难及张口受限，肿瘤可能已侵及软腭、咽部及翼腭管等。

d. 淋巴结。腭癌主要向下颌下及颈深上淋巴结转移，有时也可转移至咽后淋巴结。晚期腭癌多发生双侧颈淋巴结转移。

（3）影像学检查

① X 线曲面断层片、华氏位片及咬合片。可见有上颌骨及硬腭骨质破坏。

② 颌面部及颈部 CT 检查。可显示肿瘤范围、大小，对于已突破硬腭骨质，侵犯鼻腔、上颌骨、咽部、翼腭管及其深部组织肿瘤范围的判断很有价值。另外也可了解颈部淋巴结大小，从而评估有无转移的可能；了解肿瘤或淋巴结与颈部血管的关系。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

③ 颌面部MRI检查。能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系。

④ 活组织检查。属定性检查，也是肿瘤治疗前的关键一步。

⑤ 继续检查项目。参见“舌癌”。

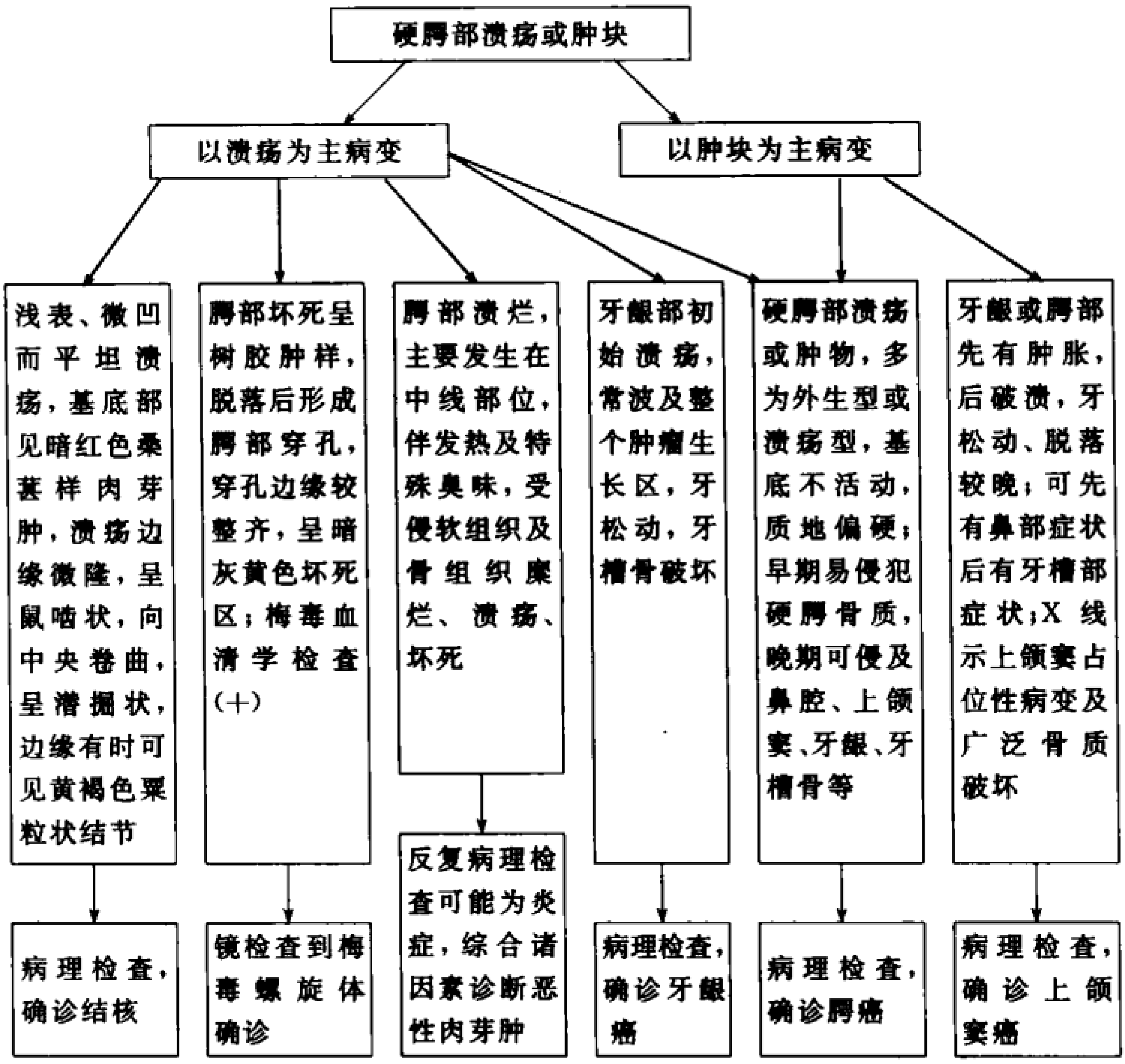
（4）临床分类、分期　参见“舌癌”。

2. 鉴别诊断

疾　病	病　史	疼痛	主　要　特　征	转移灶	治疗与预后
腭结核性溃疡	无或有结核史	无或有	浅表、微凹而平坦溃疡，基底部见暗红色桑葚样肉芽肿，表面少许脓性物，溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，向中央卷曲，呈潜掘状，边缘有时可见黄褐色粟粒状小结节。结核菌素试验（＋）；X线胸片有时可见结核灶；确诊靠活组织病理检查	无	抗结核药物治疗逐步好转
梅毒	有性接触史	无或有	腭部坏死呈树胶样肿，脱落后形成腭部穿孔，穿孔边缘较整齐，呈暗灰黄色坏死区；梅毒血清学检查（＋）	无	抗生素及砷剂治疗有效
恶性肉芽肿	腭部溃烂伴发热及特殊臭味	无或有	主要发生在中线部位，受侵软组织及骨组织糜烂、溃疡、坏死	有或无	放射治疗、激素治疗、化学药物治疗有效
上牙龈癌	先有牙痛、牙松动等牙槽部症状，晚期侵犯上颌窦后始有鼻部症状	无或有	牙龈部初始就有溃疡，常波及整个肿瘤生长区，牙松动、脱落较晚。X线示上颌窦无破坏或底壁破坏	有或无	以手术治疗为主的综合治疗
上颌窦癌	先有鼻部症状后有牙槽部症状，肿瘤位于下部者也可同时有鼻部和牙槽部症状	无或有	牙龈或腭部先有肿胀，后破溃，牙松动、脱落较晚；X线示上颌窦占位性病变及广泛骨质破坏	有或无	以手术治疗为主的综合治疗
腭癌	腭部肿物或溃疡	无或有	多为外生型或溃疡型，基底不活动，质地偏硬；早期易侵犯硬腭骨质，晚期可侵及鼻腔、上颌窦、牙龈、牙槽突等	有或无	以手术治疗为主的综合治疗

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则　早期发现，及早确诊，结合肿瘤组织来源、分化程度、发展速度、临床分期以及机体状况，行以手术为主的综合治疗。

(2) 术前准备

① 手术指征。全身情况能够耐受手术，无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的腭癌。

② 禁忌证。癌肿已有远处脏器转移，或全身情况不能耐受手术。

(3) 手术注意事项

① 术中的无瘤操作原则同“舌癌”。

② 切缘做快速冰冻切片检查，了解手术切除的彻底性。

③ 一般无需气管切开。

(4) 治疗措施　腭癌的治疗是以手术为主，辅以化疗和放疗等的综合治疗。

① 原发癌的处理。一般应行连同腭骨在内的病灶切除术。对较大的病灶应

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

行上颌骨次全切除。对肿瘤已波及上颌窦者，应行上颌骨全切除。手术时可先行上颌窦前壁开窗探查，结合术中快速冰冻切片检查，确定上颌窦是否受累。

② 转移癌的处理。腭癌如发现颈淋巴结转移应行根治性颈淋巴结清扫术；无临床转移者也可密切观察随访或行范围较小的选择性颈淋巴结清扫术。

5. 医嘱示范

参见“舌癌”。

（三）中医会诊

1. 内治法

（1）热毒蕴结

［症状］ 肿块灼热疼痛，充血，有血性分泌物或腺臭，口渴口苦，五心烦热，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄腻，脉弦数。

［治则］ 清热解毒，托毒祛邪。

［方药］ 选用五味消毒饮加减。白花蛇舌草 10g，山豆根 10g，半枝莲 10g，野菊花 10g，紫花地丁 10g，蒲公英 10g，百合 10g，肿节风 10g，青黛 10g（包煎），金银花 10g，穿心莲 10g。

（2）气滞血瘀

［症状］ 肿块质地坚硬，疼痛部位固定，有持续性痛，拒按，头面部有时出现麻木感，面色晦暗无光泽，舌质暗红或偏紫，有瘀斑或瘀点，脉弦涩。

［治则］ 活血化瘀。

［方药］ 选用桃红四物汤加减。三棱 10g，莪术 10g，桃仁 10g，红花 10g，丹参 10g，当归 10g，川芎 10g，白芷 10g，水蛭 3g。

（3）痰浊凝结

［症状］ 胸胁痞满，肿块坚硬，头重且痛，纳差，泛恶，舌胖或有齿痕，苔白腻或黄腻，脉濡或弦滑。

［治则］ 化瘀散结。

［方药］ 选用清气化痰丸加减。瓜蒌仁 10g，黄芩 5g，茯苓 10g，枳实 5g，杏仁 10g，陈皮 5g，法半夏 5g，海藻 5g，昆布 5g，山慈菇 10g。

（4）气血两虚

［症状］ 肿块坚硬，面色无华，消瘦，倦怠乏力，眩晕，气短，多汗，舌质淡，舌胖有齿痕，脉沉细。

［治则］ 扶正固本，补气养血滋阴。

［方药］ 选用八珍汤加减。白术 10g，黄芪 15g，茯苓 10g，黄精 10g，天冬 10g，麦冬 10g，灵芝 10g，熟地黄 10g，薏苡仁 10g，白芍 10g，何首乌 10g，玉竹 10g，石斛 10g。

2. 外治法

金黄膏或玉露膏外敷患处。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

四、牙龈癌

（一）概述

牙龈癌在口腔鳞癌中仅次于舌癌而居第二位。多为高分化鳞状细胞癌。好发于前磨牙区及磨牙区，少见于前牙区；下牙龈癌多于上牙龈癌。发病年龄多为40～60岁，男性多于女性。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史

① 牙龈久治不愈、日渐扩大的溃疡；生长较快的牙龈肿物。

② 牙龈白斑、扁平苔癣等癌前病变近期发展加快，表面糜烂、出血。

③ 长期不良修复义齿刺激引起的牙龈溃疡。

④ 有热食、热饮习惯，过度的烟、酒嗜好的人及中年以上的病人有高发牙龈癌的可能。

（2）症状与体征

① 症状。注意检查病人的营养和精神状况，晚期牙龈癌多出现贫血、厌食、消瘦、头晕、乏力等症状。对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要考虑到癌肿肺转移的可能。

② 体征。

a. 肿瘤部位。发生于上下颌游离龈、附着龈的癌性病变，多为鳞癌。多见于磨牙区，下颌多于上颌。

b. 肿瘤形态。牙龈癌常为菜花样溃疡。

c. 肿瘤大小、边界、质地、活动度、与邻近组织的关系。肿瘤侵犯了牙槽突或颌骨，出现肿瘤邻近牙齿松动、脱落。下牙龈癌已侵及颏孔或下牙槽神经管出现下唇麻木或感觉减退。肿瘤侵及咀嚼肌群、磨牙后区、咽部等出现张口及吞咽困难。上牙龈癌伴有鼻阻塞、鼻出血等症状，提示肿瘤可能已侵及上颌窦或鼻腔。

d. 淋巴结。可伴有淋巴结转移，牙龈癌发生颈淋巴结转移率一般在30%左右，下牙龈癌较上牙龈癌转移早且多。下牙龈癌多转移到患侧下颌下、颌下、颏下、颈深淋巴结，上牙龈癌多转移到下颌下、颈深淋巴结。位于前牙区的牙龈癌多转移到颏下、下颌下或双侧颈淋巴结。

（3）影像学检查

① X线曲面断层片。牙龈癌侵犯骨质，X线表现为压迫吸收和浸润破坏两种类型。前者周缘较光滑，骨如浅盘状吸收，临床上多为外生型；后者周缘不整齐，呈虫蚀状，深浅不一，临床上多为溃疡型。

② 颌面部及颈部CT检查。主要是定位检查，判断肿瘤范围、大小，颈部淋巴结大小，从而评估有无转移的可能；另外也可了解肿瘤或淋巴结与颈部血管

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

的关系。

③ 颌面部 MRI 检查。软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系。

(4) 活组织检查　属定性检查，可明确诊断，也是肿瘤治疗前的关键一步。

(5) 临床分类、分期　同“舌癌”。

2. 鉴别诊断

疾　病	病　史	症　状	X线表现
下牙龈癌	先出现牙痛、牙松动等牙槽部症状；肿瘤侵及颏孔或下牙槽神经管则有下唇麻木	牙龈部初始有溃疡，肿胀多为软组织增生隆起，牙松动、脱落较晚	下颌骨呈虫蚀状破坏或浅盘状吸收
下颌中央性颌骨癌	早期牙痛、局部疼痛，并出现下唇麻木	肿胀多为骨性膨胀；牙松动、脱落较早，常为多个牙；脱落牙牙槽窝内可见新生物	下颌骨破坏从中央向四周蔓延
上牙龈癌	先出现牙痛、牙松动等牙槽部症状；晚期侵犯上颌窦可出现鼻阻塞、鼻出血、溢液等症状。早期不易发现，早期易误诊为牙龈炎、牙周炎、牙龈结核等	牙龈部初始就有溃疡，常波及整个肿瘤生长区，牙松动、脱落较晚	上颌窦无破坏或底壁破坏
上颌窦癌	先有鼻部症状，后有牙槽部症状；肿瘤位于下部者也可同时有鼻部和牙槽部症状。早期不易发现，早期易误为牙槽脓肿、牙周脓肿等	牙龈或腭部先有肿胀，后破溃；牙松动、脱落较早，常为多个牙	上颌窦占位性病变及广泛骨质破坏

3. 治疗方案

(1) 治疗原则　早期发现，及早确诊，结合肿瘤组织来源、分化程度、发展速度、临床分期以及机体状况，行以手术为主的综合治疗。

(2) 术前准备

① 手术指征。全身情况能够耐受手术、无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的牙龈癌。

② 禁忌证。癌肿已有远处脏器转移或全身情况不能耐受手术的病人。

(3) 治疗措施　牙龈癌的治疗是以手术为主，辅以化疗和放疗等的综合治疗。

① 下牙龈癌的治疗。早期下牙龈癌仅波及牙槽骨，应行原发灶及下颌骨方块切除。较晚期的下牙龈癌侵入颌骨时，应行原发灶及下颌骨部分或一侧切除。下颌骨缺损行一期或二期植骨术，多采用自体单纯髂骨、肋骨移植，血管化自体髂骨、肋骨移植以及钛板植入等。下牙龈癌颈淋巴结转移率较高，一般应同期行选择性颈淋巴结清扫术。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

② 上牙龈癌的治疗。上牙龈癌应行上颌骨次全切除，如肿瘤已波及上颌窦者，应行上颌骨全切除。上颌骨缺损可行术后的赝复体修复。近年来多采用各种组织瓣修复上颌骨缺损，包括颞肌筋膜瓣、颞肌筋膜-喙突复合瓣、颞肌-下颌升支骨肌瓣、游离髂骨复合组织瓣、游离腓骨复合组织瓣；以钛网支架重建上颌骨，用前臂皮瓣或串联腓骨肌皮瓣修复口鼻创面；以自体髂骨的松质骨填塞钛网修复上颌骨缺损，并以颞肌瓣覆盖钛网支架表面等。由于上颌骨封闭式修复不利于早期发现局部复发灶，故对于侵及上颌窦、切缘阳性或高度恶性的上牙龈癌，一般不主张行立即修复。早期上牙龈癌淋巴结 N_0 者，一般不同期行选择性颈淋巴结清扫术，但应严密随访观察，一旦发现可疑转移应行治疗性颈淋巴结清扫术。上牙龈癌淋巴结 N_1 者，应同期行颈淋巴结清扫术。

4. 医嘱示范

参见“舌癌”。

（三）中医会诊

胃火热毒。

［症状］ 牙龈肿痛，肿块坚硬，牙齿松动，伴有张口困难，恶臭，舌红，苔薄黄，脉细数。

［治则］ 清胃泻火，清热解毒，软坚散结。

［方药］ 选用黄连解毒汤加减。川黄连 3g，黄芩 5g，栀子 5g，石膏 30g，山豆根 9g，半枝莲 15g，半边莲 15g，白花蛇舌草 15g，薏苡仁 15g，牛膝 12g，生甘草 6g。

［加减］ 灼伤肌肤出血者，加紫花地丁 15g、蒲公英 15g、牡丹皮 9g；热毒蕴结，气血瘀滞，牙齿痛甚者，加僵蚕 12g、露蜂房 9g、白芷 9g。

五、颊黏膜癌

（一）概述

颊黏膜癌是常见的口腔癌之一。在口腔癌中居第二位或第三位，多为分化中等的鳞状细胞癌，少数为腺癌及恶性多形性腺瘤。发病年龄多见于 40～60 岁，男性多于女性。颊黏膜癌的区域，按 UICC 的规定应在上下龈颊沟之间，翼下颌韧带之前，并包括唇内侧黏膜。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史

① 颊部黏膜溃疡去除原因和保守治疗后仍长期不愈，或生长较快的菜花状或疣状肿物。

② 颊部黏膜白斑、红斑、扁平苔癣等癌前病变近期发展加快，表面糜烂。

③ 有热食、热饮习惯，过度的烟、酒嗜好，尤其有咀嚼烟叶、槟榔嗜好的人及中年以上的病人应高度警惕发生颊黏膜癌的可能。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（2）症状与体征

① 症状。注意检查病人的营养和精神状况，晚期颊黏膜癌患者多出现贫血、厌食、消瘦、头昏、乏力等症状。对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要考虑到癌肿肺转移的可能。

② 体征。

a. 肿瘤部位。颊黏膜癌的发生区域为上下龈颊沟之间，翼下颌韧带之前，包括磨牙后区以及上下唇内侧黏膜。颊黏膜癌常见于磨牙区附近，一般发生在颊后份者恶性程度高。

b. 肿瘤形态。颊黏膜癌常为溃疡型和外生型，也可见浸润型。

c. 肿瘤波及颊肌、咀嚼肌、磨牙后区、咽部等出现张口受限或牙关紧闭，肿瘤侵及颏孔或下牙槽神经管出现下唇麻木。

d. 淋巴结。颊黏膜癌淋巴结转移以下颌下淋巴结最多，其次为颈深上淋巴结，有时也可转移至腮腺淋巴结。

（3）影像学检查

① X线曲面断层片。检查有无上、下颌骨破坏。

② 颌面部及颈部 CT 检查。主要是定位检查，判断肿瘤范围、大小，尤其对于晚期肿瘤侵犯深部组织以及张口受限的病人（定位检查非常必要）；了解颈部淋巴结大小从而评估有无转移的可能。

③ 颌面部 MRI 检查。软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系。

（4）活组织检查　可明确诊断，也是肿瘤治疗前的关键一步。

（5）临床分类、分期　见“舌癌”。

2. 鉴别诊断

颊部溃疡或肿块的鉴别。

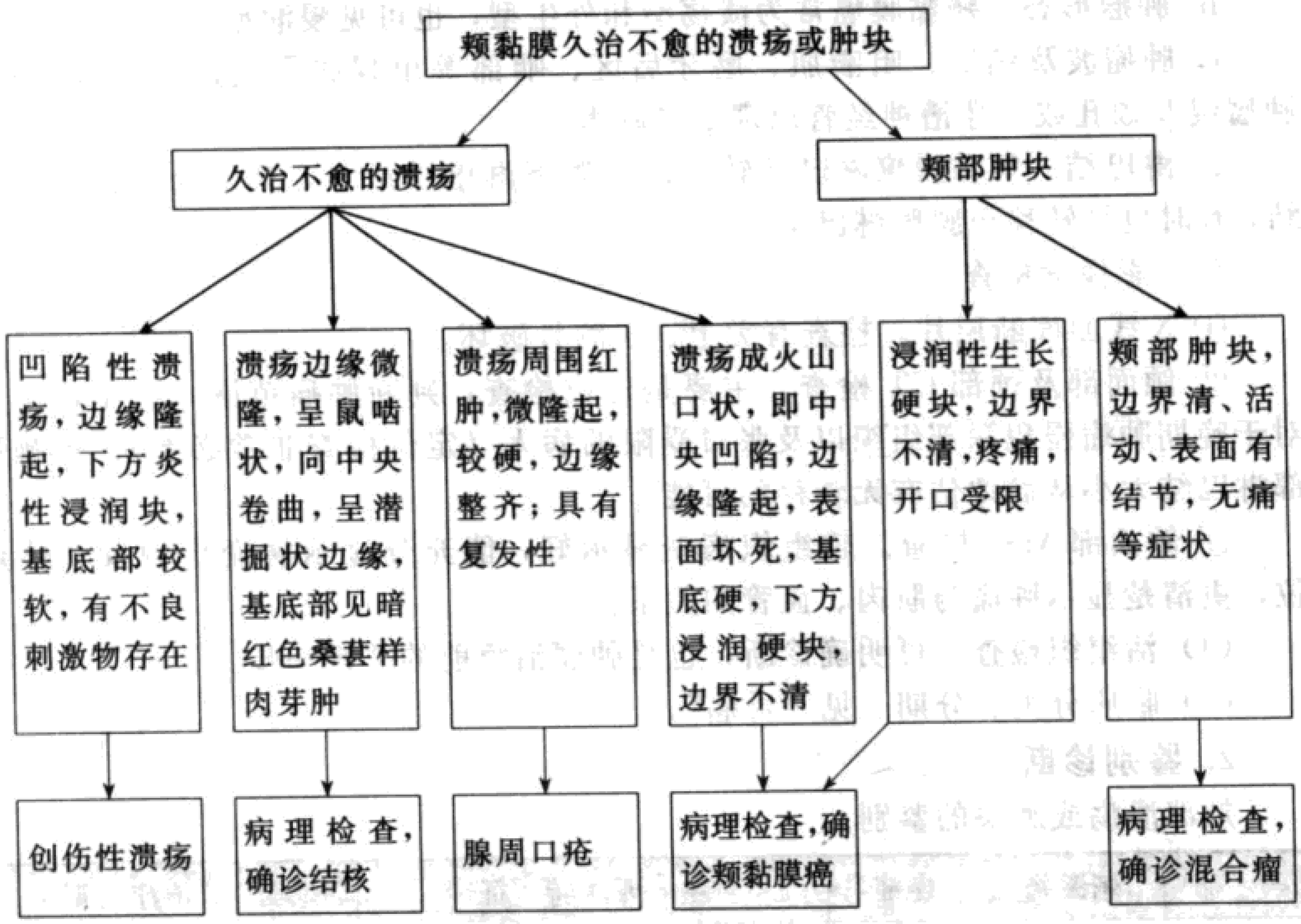
疾病	刺激物	疼痛	主要特征	转移灶	治疗与预后
颊创伤性溃疡	残根、锐利牙尖、不良修复体等长期摩擦	自发疼痛	凹陷性溃疡，边缘隆起，下方炎性浸润块，基底部较软	无	去除刺激物，抗炎药物治疗逐步好转
颊结核性溃疡	无	有或无	浅表、微凹而平坦溃疡，基底部见暗红色桑葚样肉芽肿，表面少许脓性物，溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，向中央卷曲，呈潜掘状边缘，有时可见黄褐色粟粒状小结节。结核菌素试验(+)；X线胸片有时可见结核灶；确诊靠活组织病理检查	无	抗结核药物治疗逐步好转

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

疾病	刺激物	疼痛	主要特征	转移灶	治疗与预后
颊黏膜癌	有或无	有或无	多为溃疡型、颊部黏膜糜烂，破溃，基底不平。有大小不等的颗粒状肉芽肿，基底有浸润块。外生型或浸润型少见	有或无	溃疡久不愈合，抗炎治疗无效，行手术为主的综合治疗

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　早期发现，及早确诊，结合肿瘤组织来源、分化程度、发展速度、临床分期以及机体状况，行以手术为主的综合治疗。

（2）术前准备

① 手术指征。全身情况能够耐受手术，无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的颊黏膜癌。

② 禁忌证。癌肿已有远处脏器转移，或全身情况不能耐受手术。

③ 常规准备。

a. 纠正低蛋白血症、贫血，增强病人体质。

b. 术前戒烟、洁齿、保持口腔卫生。

c. 术前 30min 给予抗生素。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

d. 有其他脏器轻度病损，但无手术禁忌证者，预防、保持性治疗。

e. 考虑采用游离皮瓣修复缺损者，保护受区和供区血管。

(3) 治疗措施　颊黏膜癌的治疗是以手术为主，辅以化疗和放疗等的综合治疗。

① 0 期。原发性肿块扩大切除术，术创直接拉拢缝合或用颊脂垫、口腔组织补片修复。颈淋巴结的处理有三种方法：功能性颈淋巴结清扫术，放疗和密切随访观察。

② Ⅰ期。原发灶扩大切除术，根据创面具体情况，采用直接拉拢缝合或用邻近组织瓣修复。颈部淋巴结行选择性颈淋巴结清扫术。

③ Ⅱ期。原发灶扩大切除术＋颈淋巴结清扫术或颊、颌、颈联合根治术。颊部的缺损可选用组织瓣修复，肿瘤切除后造成的颌骨缺损可用钛板、血管化骨移植和自体骨煮沸后再移植修复。

④ Ⅲ期、Ⅳ期。采用“术前化疗（即诱导化疗，PVP 方案或 PM 方案）或放疗＋颊-颌-颈联合根治术、缺损修复＋术后放疗或化疗”的综合治疗。颊部全层洞穿性缺损，要行双层同时修复，如折叠带蒂皮瓣、胸大肌双叶肌皮瓣修复等。对于大面积缺损，一块皮瓣难以修复者，可以选择复合组织瓣，或各种组织瓣联合应用。对于Ⅳ期有远处转移（M_1）的病人，采用化疗、放疗、生物治疗等姑息治疗方法，一般不宜手术治疗。

5. 医嘱示范

参见“舌癌”。

（三）中医会诊

参见“腭癌”。

六、口底癌

（一）概述

口底癌是指原发于口底黏膜的癌。在我国，口底癌占口腔及唇癌的第六位。口底癌绝大多数为鳞状细胞癌，极少数为来自口底小唾液腺的腺上皮癌。发病年龄 40～60 岁。

（二）查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史

① 口底溃疡或生长较快的肿块，往往在无意中发现，无疼痛或伴有疼痛，久治不愈 。

② 口底白斑、红斑、扁平苔癣等癌前病变近期发展加快，表面糜烂。

③ 有热食、热饮习惯，过度的烟、酒嗜好，有咀嚼烟叶、槟榔嗜好的人，中年以上的病人应高度警惕发生口底癌的可能。

(2) 症状与体征

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

① 症状。晚期口底癌患者多出现贫血、厌食、消瘦、头昏、乏力等症状。对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要考虑到癌肿肺转移的可能。

② 体征。

a. 肿瘤部位。口底癌多见于舌系带两侧的前口底。发生于口底前部的肿瘤恶性程度较后部低。

b. 肿瘤形态。口底癌常为溃疡或浸润块并存。

c. 肿瘤大小、边界、质地、活动度、与邻近组织的关系。肿瘤边界不清、质硬、活动度差，肿瘤侵及口底肌肉、舌肌时，舌运动受限。侵及舌神经时可致舌麻木；侵及舌下神经时可致患侧舌肌萎缩、伸舌时偏向患侧。肿瘤侵及牙龈和下颌骨可使牙齿松动，甚至脱落。

d. 淋巴结。口底癌易发生淋巴结转移，转移率40%左右，一般先转移至下颌下区、再至颏下、颈深上淋巴结。前口底癌易发生双侧淋巴结转移。

（3）影像学检查

① X线曲面断层片、咬合片。检查有无下颌骨破坏。

② 颌面部及颈部CT检查。主要是定位检查，判断肿瘤范围、大小，颈部淋巴结大小，从而评估有无转移可能；另外也可了解肿瘤或淋巴结与颈部血管的关系。

③ 颌面部MRI检查。对软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系。

（4）组织检查　观察到癌病理像，可确定诊断，也是肿瘤治疗前的关键一步。

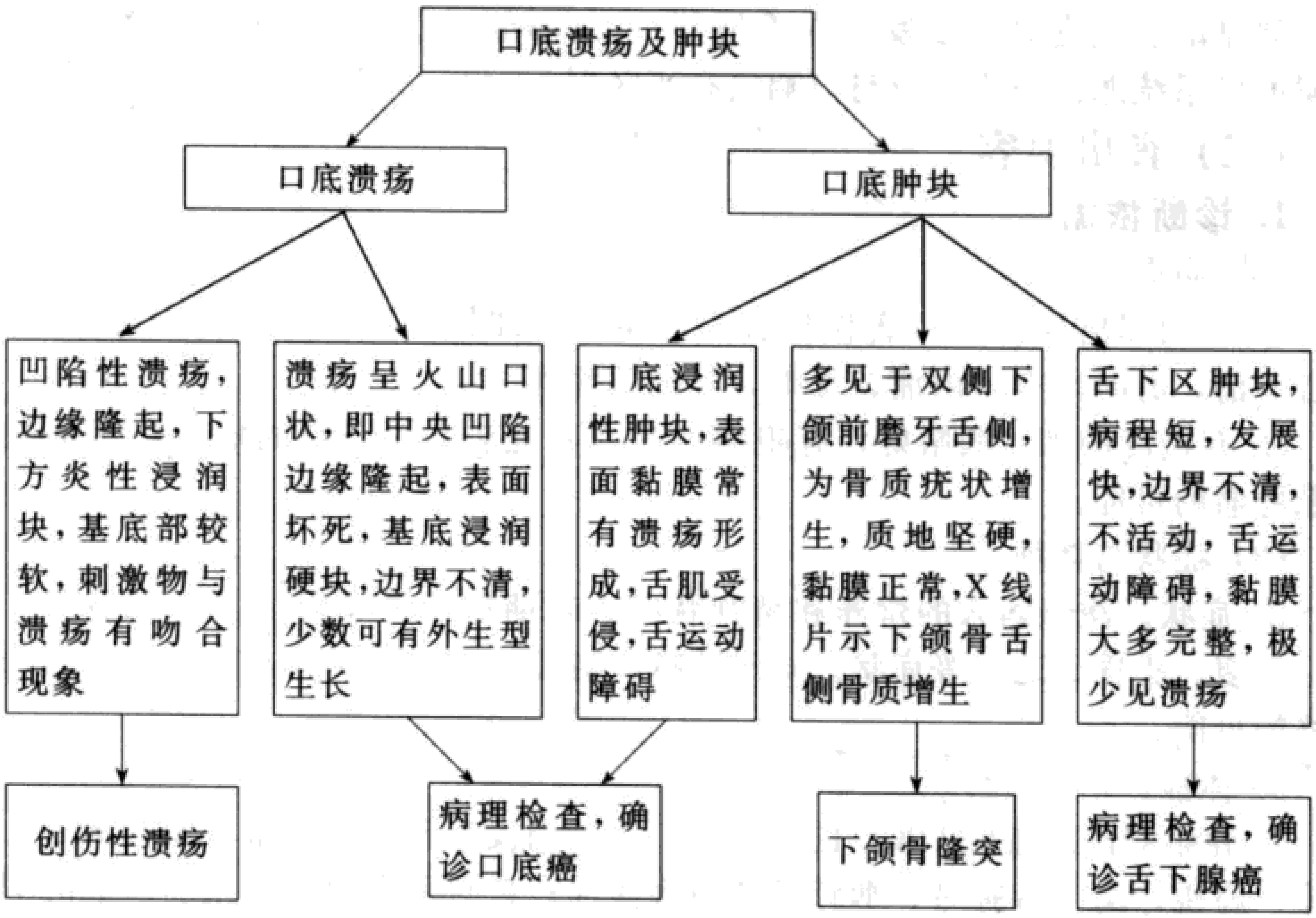
（5）临床分类、分期　见“舌癌”。

2. 鉴别诊断

疾病	刺激物	疼痛	主要特征	转移灶	治疗与预后
口底创伤性溃疡	不良修复体等长期摩擦	自发疼痛	凹陷性溃疡，边缘隆起，下方炎性浸润块，基底部较软，刺激物与溃疡有吻合现象	无	去除刺激物，抗炎药物治疗逐步好转
下颌骨隆突	无	无或有	多见于双侧下颌前磨牙舌侧，为骨质疣状增生，质地坚硬，黏膜正常，X线片示骨质增生	无	修整后好转
舌下腺癌	有或无	无或有	少见，但病程短，发展快，肿瘤位于舌下区，黏膜大多完整，极少见溃疡	有或无	手术治疗为主
口底癌	有或无	无或有	多为溃疡型或浸润型，即中央凹陷边缘隆起，表面坏死，基底硬块，边界不清，少数可有外生型生长	有或无	手术治疗为主

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则　早期发现，早期确诊，结合肿瘤组织来源、分化程度、发展速度、临床分期以及机体状况，行以手术为主的综合治疗。

(2) 治疗措施　口底癌的治疗是以手术为主，辅以化疗和放疗等的综合治疗。

① 0期。原发病灶扩大切除术。颈淋巴结的处理有三种方法：功能性颈淋巴结清扫术，放疗和密切随访观察。

② Ⅰ期、Ⅱ期。口底-颌骨（方块截骨或部分切除）-颈联合根治术。对于下颌骨缺损，可采用再造钛板植入，或自体骨（如髂骨、肋骨）移植或采用血管化髂骨、腓骨移植。

③ Ⅲ期、Ⅳ期。采用“术前化疗（即诱导化疗，PVP方案或PM方案）或放疗＋口底-颌骨-颈联合根治术、缺损修复＋术后放疗或化疗”的综合治疗。对于Ⅳ期有远处转移（M_1）的病人，采用化疗、放疗、生物治疗等姑息治疗方法，一般不宜手术治疗。

(三) 中医会诊

参见“腭癌”。

七、口咽癌

(一) 概述

口咽癌指原发于口咽侧壁（包括扁桃体、腭舌弓、腭咽弓）、咽后壁、舌根、

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

会厌谷，以及软腭等部位的原发性肿瘤。口咽癌主要为鳞癌，其次为腺源性上皮癌；偶见淋巴上皮癌（多发生在舌根部）；口咽部（咽环）是淋巴瘤的好发区，其属淋巴系统恶性肿瘤，应与口咽癌有所区别。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史

① 口咽部出现肿块，病程较长，近期生长加快；吞咽、言语时有异物感；语音不清，有时伴有耳内痛、耳鸣，耳颞部疼痛。

② 有过度的烟、酒嗜好，有咀嚼烟叶或其他刺激品习惯的病人应考虑发生口咽肿瘤的可能。

（2）症状与体征

① 症状。注意病人的营养和精神状况，晚期口咽肿瘤病人多出现贫血、厌食、消瘦、头昏、乏力等症状。对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要考虑到癌肿肺转移的可能。

② 体征。

a. 肿瘤部位。按照 UICC 的分类，口咽肿瘤发生部位为舌根部及会厌谷；扁桃体、扁桃体窝、舌腭弓、咽腭弓和扁桃体沟；自腭水平面至会厌底以上的咽后壁；软腭的口腔面及悬雍垂；其中舌根及软腭部恶性肿瘤以鳞状细胞癌多见，其次为腺上皮癌。在腺上皮癌中又以黏液表皮样癌最多，其次为腺癌。舌根部有时亦可发生淋巴上皮癌及未分化癌。

b. 肿瘤形态。口咽肿瘤呈溃疡型者多为鳞状细胞癌或低分化癌；呈实质肿块型者多为腺上皮癌、淋巴瘤或肉瘤等。

c. 肿瘤大小、边界、质地、活动度、与邻近组织的关系。软腭肿瘤可向咽侧及硬腭蔓延；咽侧肿瘤可向咽后、咽旁间隙，翼内肌或舌根蔓延；咽后壁肿瘤可向咽侧、鼻咽部蔓延；舌根肿瘤可向舌体、口底、咽侧、会厌区侵犯。如病人舌运动受限，张口困难，言语困难，呼吸障碍，表明肿瘤可能已侵犯到舌、咽深部组织。

d. 淋巴结。口咽肿瘤容易转移，初诊时即有颈淋巴结转移者达 50%～75%，主要通过咽后或下颌下淋巴结，转移至颈深上淋巴结。有时病人因颈上部或下颌下肿块来就诊，经检查才发现口咽部肿瘤。

（3）影像学检查

① X 线曲面断层片、华氏位片及咬合片。检查有无上、下颌骨破坏。

② 颌面部及颈部 CT 检查。可显示肿瘤范围、大小，对周围组织如鼻腔、上颌窦、咽部、翼腭管及其他深部组织侵犯的程度。另外也可显示颈部淋巴结大小，从而评估有无转移的可能；了解肿瘤或淋巴结与颈部血管的关系。

③ 颌面部 MRI 检查。软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系。

（4）活组织检查　能够观察到癌病理像，为确诊的最重要依据，也是肿瘤治

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

疗前的关键一步。

(5) 临床分类、分期 目前多采用国际抗癌协会建议的 T（原发肿瘤）、N（区域性淋巴结）、M（远处转移）法分期。

① 临床分类。

T_x：原发肿瘤不能评估。

T_0：原发灶隐匿。

Tis：原位癌。

T_1：肿瘤最大直径≤2cm。

T_2：肿瘤最大直径 2～4cm（包括 4cm）。

T_3：肿瘤最大直径>4cm。

T_4：肿瘤侵犯邻近解剖结构。

T_{4a}：肿瘤侵犯邻近结构，翼肌、下颌骨、硬腭、舌深层（外）肌、喉。

T_{4b}：肿瘤侵犯翼外肌、翼板、鼻咽外侧或颅底，或包绕颈动脉。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：同侧单个淋巴结转移，直径≤3cm。

N_2：淋巴结转移。

N_{2a}：同侧单个淋巴结转移，直径 3～6cm（包括 6cm）。

N_{2b}：同侧多个淋巴结转移，其中最大直径≤6cm。

N_{2c}：双侧或对侧淋巴结转移，最大直径≤6cm。

N_3：转移淋巴结最大直径>6cm。

M_x：不能评估有无远处转移。

M_0：无远处转移。

M_1：有远处转移。

② 临床分期。见表 5-3。

表 5-3 口咽癌的临床分期

临床分期	T(原发肿瘤)	N(区域性淋巴结)	M(远处转移)
0 期	Tis	N_0	M_0
Ⅰ期	T_1	N_0	M_0
Ⅱ期	T_2	N_0	M_0
Ⅲ期	T_3	N_0	M_0
	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_1	M_0
ⅣA 期	T_{4a}	N_0 或 N_1	M_0
	T_1、T_2、T_3、T_{4a}	N_2	M_0

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

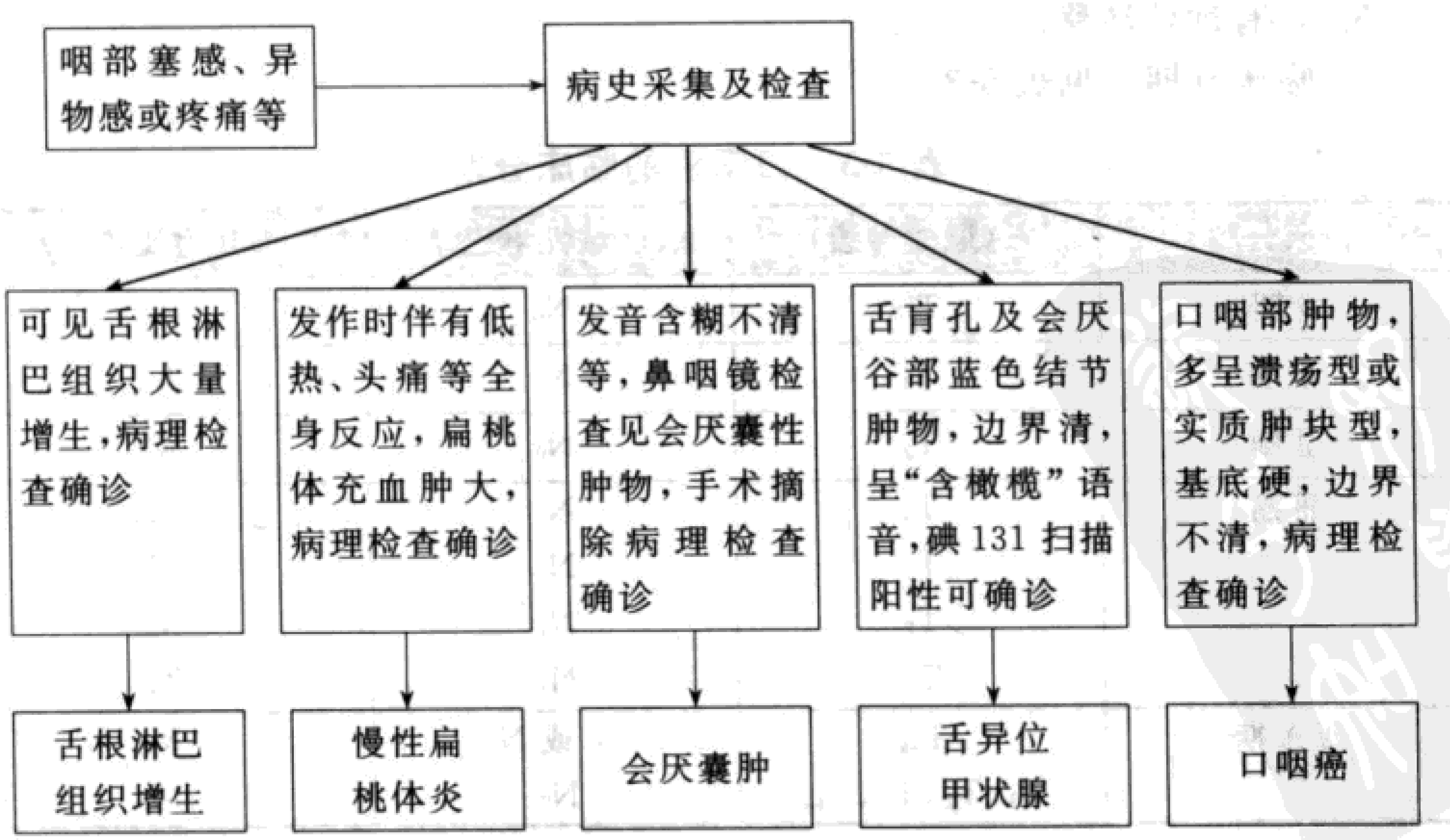
续表

临床分期	T(原发肿瘤)	N(区域性淋巴结)	M(远处转移)
ⅣB期	任何 T	N_3	M_0
	T_{4b}	任何 N	M_0
ⅣC期	任何 T	任何 N	M_1

2. 鉴别诊断

疾　病	病　史	疼痛	主　要　特　征	转移灶	治疗与预后
舌根淋巴组织增生	反复咽痛史	有或无	咽阻塞感、异物感等，检查可见舌根淋巴组织大量增生	无	等离子低温射频等治疗
慢性扁桃体炎	反复咽痛史	有或无	咽部不适、异物感，发作时伴有低热、头痛等全身反应，扁桃体充血肿大	无	抗生素治疗，手术切除
会厌囊肿	因异物感等发现肿物病史	无	咽喉异物感、吞咽梗阻感、发音含糊不清等，鼻咽镜检查见会厌囊性肿物	无	手术切除、激光治疗等
舌异位甲状腺	常偶然发现肿物	无	舌盲孔及会厌谷部蓝色结节肿物，边界清，呈“含橄榄”语音，碘131扫描阳性	无	不需治疗
口咽癌	咽痛、耳痛史	有或无	早期多无自觉症状，有时表现为吞咽、言语时有异物感，疼痛等，肿物多呈溃疡型或实质肿块型	有或无	手术为主的综合治疗

3. 病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 治疗方案

(1) 治疗原则 早期发现，及早确诊，结合肿瘤组织来源、分化程度、发展速度、临床分期以及机体状况，行以放疗或手术为主的综合治疗。

(2) 术前准备

① 手术指征。全身情况能够耐受手术，无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的口咽癌。

② 禁忌证。癌肿已有远处脏器转移，或全身情况不能耐受手术。

(3) 治疗措施

① 原发癌的处理。口咽肿瘤中，淋巴瘤的治疗是以放疗和化疗为主，辅以生物治疗等综合治疗。低分化癌或未分化癌也应先放疗后手术治疗。软腭、舌根鳞癌和腺上皮癌是以手术为主，辅以化疗和放疗等的综合治疗。

② 转移癌的处理。口咽癌发生的颈淋巴结转移，应同期行根治性颈淋巴结清扫术。

(三) 中医会诊

参见“腭癌”。

八、上颌窦癌

(一) 概述

上颌窦癌是指原发于上颌窦内黏膜的癌。最常见的是鳞状细胞癌，偶为腺上皮癌，发病年龄多见于40～60岁，男性多于女性。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史

① 早期无症状，不容易发觉。

② 根据肿瘤发生的部位，临床可出现不同的症状。

a. 发自上颌窦内壁时，常先有鼻塞、鼻出血、鼻腔分泌物多、鼻泪管阻塞流泪。

b. 发自上颌窦上壁时，常先有眼球突出、移位，复视。

c. 发自上颌窦外侧壁时，面颊部肿胀，以后皮肤破溃、肿瘤外露，眶下神经受累可发生面颊部感觉迟钝或麻木。

d. 发自上颌窦后壁时，可侵入翼腭窝而引起张口困难。

e. 发自上颌窦下壁时，则先引起上牙松动、疼痛，龈颊沟肿胀。

③ 有吸烟嗜好，中年以上的病人应考虑发生上颌窦癌的可能。

(2) 症状与体征

① 症状。注意检查病人的营养和精神状况，晚期病人可出现贫血、厌食、消瘦、头昏、乏力等症状。对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要考虑到癌肿肺转移的可能。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

② 体征。

a. 肿瘤部位与邻近组织的关系。早期癌局限于上颌窦内，一般不易发觉。如病人有鼻塞、鼻出血、鼻腔分泌物增多、鼻泪管阻塞流泪，提示侵及上颌窦内壁；有眼球突出、移位，甚至引起复视，提示侵及上颌窦上壁；面部及颊沟肿胀、破溃，眶下区麻木，提示侵及上颌窦外壁；上牙松动、疼痛，提示癌可波及上颌窦下壁、牙槽突；如病人伴有张口受限，癌可能已波及上颌窦后壁、翼腭窝等；病人伴有头痛，提示癌可能波及筛窦、蝶窦、颅底等部位。

b. 淋巴结。上颌窦癌常向下颌下和颈浅、颈深上淋巴结转移，有时也可转移至耳前及咽后淋巴结。远处转移少见。

(3) 影像学检查

① X线华氏位片、颅底位片及曲面断层片。帮助判断有无原发肿瘤。

② 颌面部及颈部CT检查。对于判断上颌窦有无原发肿瘤及肿瘤定位，很有价值，应作为诊断上颌窦癌首选检查方法。另外也可了解颈部淋巴结大小，从而评估有无转移的可能。

③ 颌面部MRI检查。对软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示肿瘤与周围组织的关系。

(4) 活组织检查

① 穿刺检查。上颌窦癌穿刺，冲洗液浓缩涂片细胞学检查，可作为上颌窦早期可疑病人的检查方法之一。

② 经口内上颌窦开窗探查或采用内镜行上颌窦探查活检是最可靠的诊断方法。镜下观察到癌细胞可确诊，并确定肿瘤类型及分化程度。

(5) 临床分类、分期　目前多采用国际抗癌协会建议的T、N、M法分类。

① 临床分类。

Tis：原位癌。

T_1：肿瘤局限在窦黏膜，无骨质的侵蚀和破坏。

T_2：肿瘤侵蚀和破坏下部结构，包括硬腭和/或中鼻道。

T_3：肿瘤侵犯下列任何一个解剖部位，颊部皮肤、上颌窦后壁、眶底或眶内侧壁、筛窦前组。

T_4：肿瘤侵及眶内容物和/或下列任何一个解剖部位，筛板，筛窦后组或蝶壁、鼻咽、软腭、翼腭窝或颞窝、颅底。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：同侧单个淋巴结转移，直径≤3cm。

N_2：淋巴结转移。

N_{2a}：同侧单个淋巴结转移，直径3～6cm（包括6cm）。

N_{2b}：同侧多个淋巴结转移，其中最大直径≤6cm。

N_{2c}：双侧或对侧淋巴结转移，最大直径≤6cm。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

N_3：转移淋巴结最大直径>6cm。
M_x：不能评估有无远处转移。
M_0：无远处转移。
M_1：有远处转移。
② 临床分期。见表 5-4。

表 5-4 上颌窦癌的临床分期

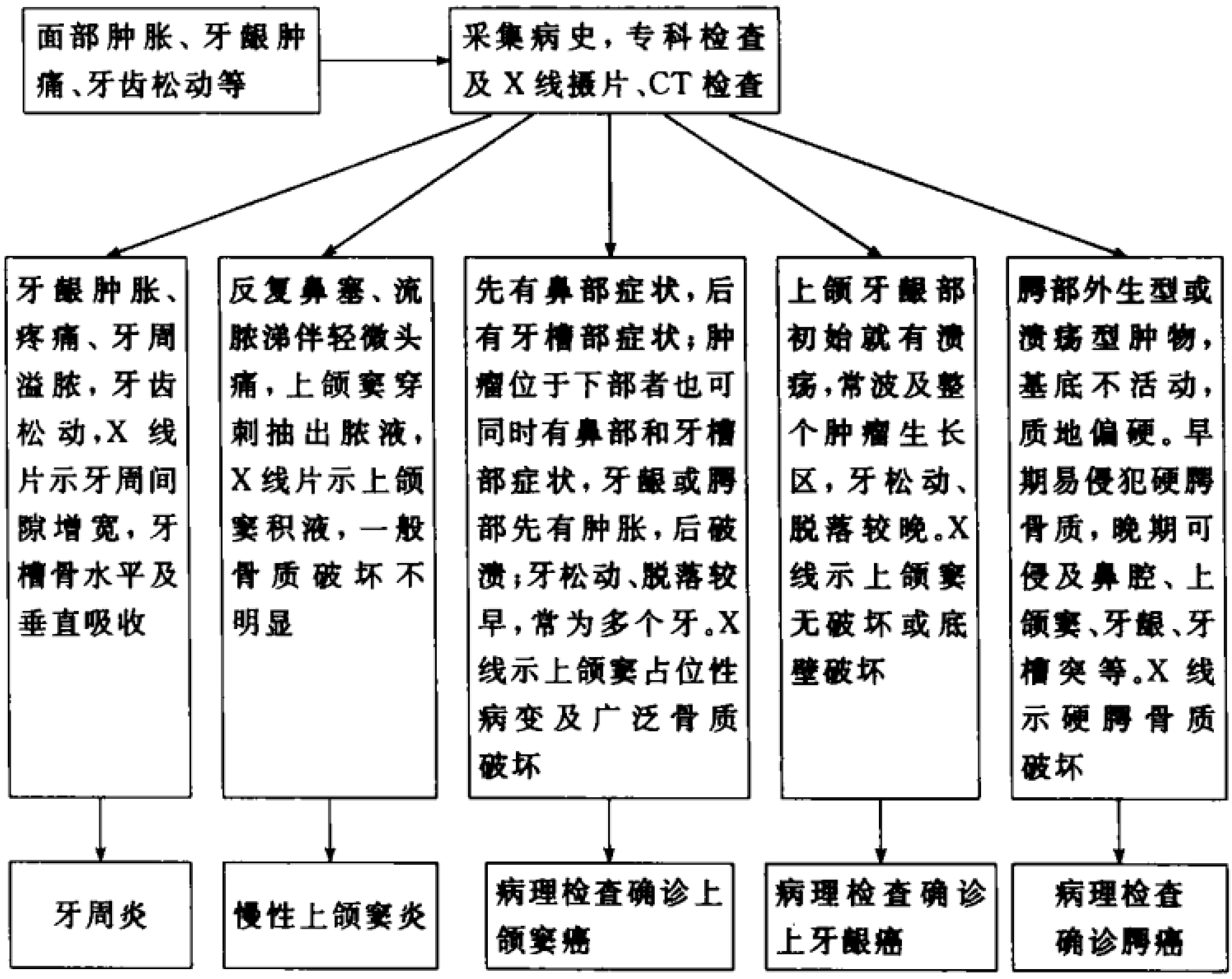
临床分期	T	N	M
0 期	Tis	N_0	M_0
Ⅰ期	T_1	N_0	M_0
Ⅱ期	T_2	N_0	M_0
Ⅲ期	T_3 T_1 T_2 T_3	N_0 N_1 N_1 N_1	M_0 M_0 M_0 M_0
Ⅳ期	T_4 任何 T 任何 T	N_0 或 N_1 N_2 或 N_3 任何 N	M_0 M_0 M_1

2. 鉴别诊断

疾 病	病 史	主 要 症 状
腭癌	无或有腭部肿物或溃疡病史	多为外生型或溃疡型，基底不活动，质地偏硬。早期易侵犯硬腭骨质，晚期可侵及鼻腔、上颌窦、牙龈、牙槽突等。X 线示硬腭骨质破坏
上牙龈癌	先出现牙痛、牙松动等牙槽部症状；晚期侵犯上颌窦可出现鼻阻塞、鼻出血、溢液等症状。早期易发现，早期易误诊为牙龈炎、牙周炎、牙龈结核等	牙龈部初始就有溃疡，常波及整个肿瘤生长区，牙松动、脱落较晚。X 线示上颌窦无破坏或底壁破坏
上颌窦癌	先有鼻部症状，后有牙槽部症状；肿瘤位于下部者也可同时有鼻部和牙槽部症状。早期不易发现，早期易误为牙槽脓肿、牙周脓肿等	牙龈或腭部先有肿胀，后破溃；牙松动、脱落较早，常为多个牙。X 线示上颌窦占位性病变及广泛骨质破坏

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　早期发现，及早确诊，行以手术为主的综合治疗。

（2）术前准备

① 手术指征。全身情况能够耐受手术，无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的上颌窦癌。

② 禁忌证。癌肿已有远处脏器转移，或全身情况不能耐受手术。

③ 常规准备。同“舌癌”。根据切除的范围制作腭护板。

（3）治疗措施　上颌窦癌的治疗是以手术为主，辅以术前后放疗或化疗等的综合治疗。

① 原发癌的处理。

a. 放射治疗。上颌窦癌一般应常规行术前放疗，总量不超过 40Gy，放疗结束 3～4 周后手术。早期上颌窦癌也可先行手术，术后放疗。对于术后有残留的上颌窦癌，不管是否行术前放疗，术后仍可追加放疗。

b. 手术治疗。原则上早期上颌窦癌需行上颌骨全切除。如肿瘤波及眶下板，需行包括眶内容物的全上颌骨切除；肿瘤累及后壁及翼腭窝，应行包括下颌骨喙突（或升支上份）、翼板与上颌骨的扩大根治性切除术。晚期肿瘤波及颞下窝、颅中窝底、筛窦时，应行包括颅前窝、颅中窝骨板边同上颌骨、面部病灶的颅-

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

颌-面联合切除术。

c. 化学治疗。主要采用经动脉插管区域性化疗的方法。化疗药物可先用甲氨蝶呤（MTX）、平阳霉素（PYM）、氟尿嘧啶（5-Fu）持续灌注。

② 转移癌的处理。上颌窦癌如发现颈部淋巴结转移应该行根治性颈淋巴结清扫术。

（4）医嘱示范　参见“舌癌”。

（三）中医会诊

参见“牙龈癌”。

九、中央性颌骨癌

（一）概述

中央性颌骨癌主要发生自残余牙源性上皮或涎腺上皮，可为鳞状细胞癌或腺上皮癌，后者有时多于前者。发病年龄以50～60岁最多见。男性稍多于女性。临床上该肿瘤好发于下颌骨，上颌骨较少见，这里主要叙述发下颌骨中央性颌骨癌。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史

① 早期出现下唇麻木；牙痛、牙松动。

② 颌骨无痛或疼痛性肿块。

③ 中年以上的病人应高度警惕发生中央性颌骨癌的可能。

（2）症状与体征

① 症状。晚期中央性颌骨癌患者多出现贫血、厌食、消瘦、头昏、乏力等症状。对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要考虑到癌肿肺转移的可能。

② 体征。

a. 下颌骨磨牙区是肿瘤好发部位。

b. 中央性颌骨癌易侵及下牙槽神经，常有下唇麻木，检查中如发现肿瘤邻近牙齿松动、脱落，表明颌骨内的肿瘤可能侵犯了牙槽突；伴有张口困难，肿瘤可能已侵及咀嚼肌、颊部、磨牙后区等。

c. 淋巴结。中央性颌骨癌可向下颌下、颈深上淋巴结转移。

（3）影像学检查

① X线曲面断层片。中央性颌骨癌早期局限于根尖区骨密质内，有不规则虫蚀破坏。后期为骨质溶解性破坏，边缘不规则，骨密质完整性可被破坏；或呈囊肿样改变，有单房或多房阴影。

② 颌面部及颈部CT检查。主要是定位检查，判断肿瘤范围、大小、颈部淋巴结大小，从而评估有无转移的可能。

③ 颌面部MRI检查。软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

位，更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系。

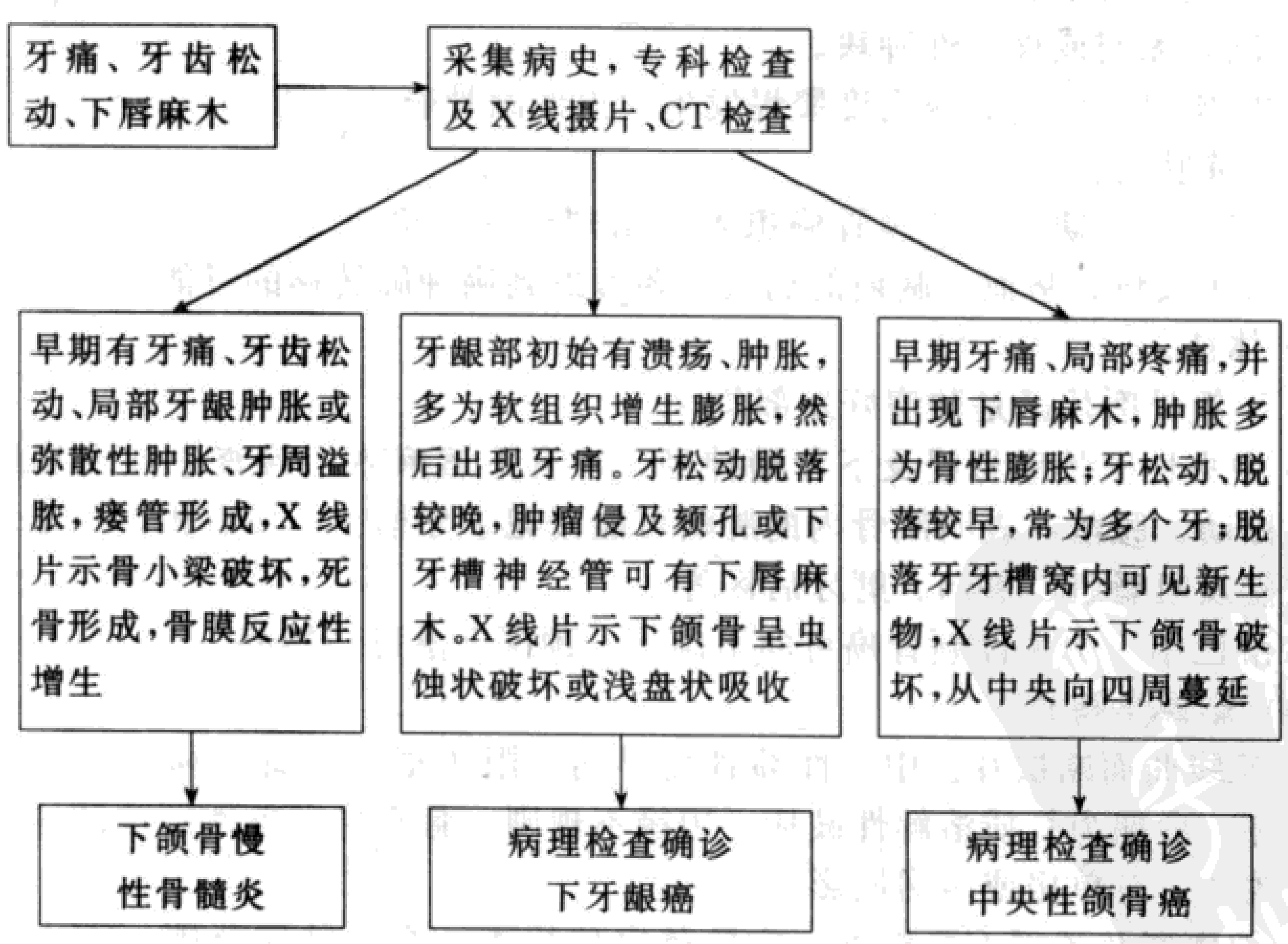
（4）活组织检查　属定性检查，镜下观察到癌细胞可确诊，并确定肿瘤类型及分化程度。

（5）临床分类、分期　目前 UICC 尚无中央性颌骨癌的临床 T、N、M 分类，分期。

2. 鉴别诊断

疾病	病史	主要症状	X线
下颌骨慢性骨髓炎	早期有牙痛、局部牙龈肿痛，伴有或无下唇麻木	局限或弥散性肿胀、溢出脓、瘘管形成	骨小梁破坏，死骨形成，骨膜反应性增生
晚期下牙龈癌	先出现牙痛、牙松动等牙槽部症状；肿瘤侵及颏孔或下牙槽神经管时有下唇麻木	牙龈部初始有溃疡，肿胀多为软组织增生膨胀，牙松动、脱落较晚	下颌骨呈虫蚀状破坏或浅盘状吸收
下颌骨中央性颌骨癌	早期牙痛、局部疼痛，并出现下唇麻木	肿胀多为骨性膨胀；牙松动、脱落较早，常为多个牙；脱落牙牙槽窝内可见新生物	下颌骨破坏从中央向四周蔓延

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　早期发现，及早确诊，结合肿瘤组织来源、分化程度、发展

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

速度、临床分期以及机体状况，行以手术为主，辅以化疗等的综合治疗。

（2）术前准备　同“舌癌”。如不做即刻修复的有牙船者应根据切除后的颌骨缺损的范围制作斜面导板。

（3）治疗措施　手术治疗是治疗中央性颌骨癌的主要方法。为了预防远处转移，可配合术前、术后化疗。

① 原发癌的处理。肿瘤限于一侧者一般应做半侧下颌骨切除。如邻近中线或超越中线者，应从对侧下颌骨颏孔或下颌孔处截骨；甚至行全下颌骨切除术。下颌骨缺损可行一期或二期植骨术，多采用自体单纯髂骨、肋骨移植，血管化自体髂骨、肋骨移植以及钛板植入等。

② 颈淋巴结的处理。行选择性颈淋巴结清扫术。

（4）医嘱示范　参见“舌癌”。

（三）中医会诊

参见“腭癌”。

第二节　颜面部皮肤癌

一、概述

颜面部皮肤癌多见于白种人，在我国发病率不高。主要为鳞状细胞癌和基底细胞癌，其中以后者多见。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史

① 颜面部皮肤癌多有癌前病变，如颜面部老年性角化病，老年斑痣，先天性着色性干皮病，疣状角化不良，烧伤瘢痕，久治不愈的慢性溃疡等。

② 长期暴露于紫外线之下的户外工作者的皮肤病损。

③ 有反复的摩擦创伤，长期接触砷剂、焦油、沥青患者的皮肤病损。

④ 放射线照射损伤者。

⑤ 中年以上的病人颜面部皮肤病损应高度警惕发生颜面部皮肤癌的可能。

2. 症状与体征

（1）症状　注意检查病人的营养和精神状况。晚期病人可出现贫血、厌食、消瘦、头晕、乏力等症状。对于咳嗽、咯血、胸痛的病人，要考虑到癌肿肺转移的可能。

（2）体征

① 肿瘤部位。多发生于鼻部、鼻唇皱折、眼睑、上下唇、颊、耳及额部

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

皮肤。

② 肿瘤颜色、形态。皮肤鳞状细胞癌初起时多为疣状或结节状肿块，表面有完整的正常上皮覆盖，生长速度较快。如表面皮肤组织破溃，则形成肉芽状或菜花状溃疡，边缘多高起、质较硬，常流出有特殊臭味的黄水或出血，常向深层及邻近组织浸润。

皮肤基底细胞癌生长缓慢，早期呈灰黑色或棕黄色的斑痣样肿物，近期增大、发痒，反复擦伤病变的中央部分发生潮湿、糜烂、表面结痂或出血，伴有毛细血管扩张或增生。痂皮剥脱后形成溃疡，边缘高起外翻，表面凹凸不平，可有黄色或白色蜡状或珍珠状光泽；有的呈匍行状，向周围皮肤浅表性扩展；有的则形成侵蚀性溃疡，边缘如鼠咬状，并侵犯破坏深部的软骨和骨质。

③ 淋巴结。鳞状细胞癌虽发生淋巴结转移，但转移率较低，一般转移到耳前、下颌下淋巴结，也可有颈淋巴结转移。基底细胞癌极少发生淋巴结转移。

(3) 影像学检查

① X线曲面断层片。检查有无上、下颌骨破坏。

② 颌面部及颈部CT检查。主要是判断颈部淋巴结大小从而评估有无转移的可能。

③ 颌面部MRI检查。软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位。

(4) 活组织检查　能够观察到癌病理像，为确诊的最重要依据。

(5) 临床分类、分期　目前多采用国际抗癌协会建议的T、N、M法分类、分期。

① 临床分类。

T_x：原发肿瘤不能评估。

T_0：原发灶隐匿。

Tis：原位癌。

T_1：肿瘤最大直径≤2cm。

T_2：肿瘤最大直径2～4cm（包括4cm）。

T_3：肿瘤最大直径4～6cm

T_4：肿瘤侵犯深部皮肤以外的结构，如软骨、骨骼肌或骨。

注意：如为多发性肿瘤，将以最大的T进行分类，多发肿瘤数在T分类后用圆括弧指示，如“T(5)”。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：区域性淋巴结转移。

N_2：淋巴结转移。

M_x：不能评估有无远处转移。

M_0：无远处转移。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

M_1：有远处转移。

② 临床分期。根据以上情况进行组合，颜面部皮肤癌的临床分期见表 5-5。

表 5-5　颜面部皮肤癌的临床分期

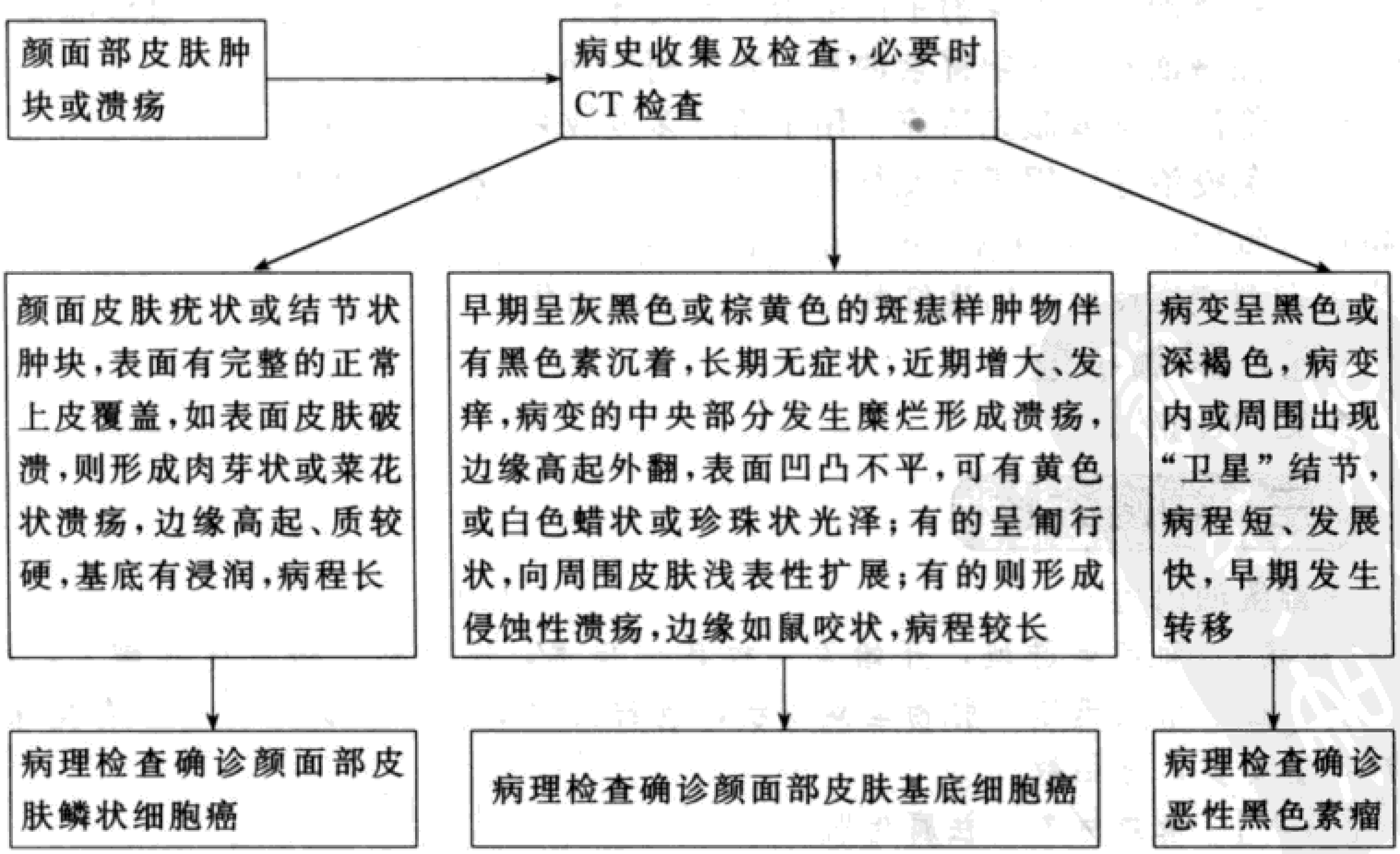
分　期	T	N	M
0 期	Tis	N_0	M_0
Ⅰ期	T_1	N_0	M_0
Ⅱ期	T_2 T_3	N_0 N_0	M_0 M_0
Ⅲ期	T_4	N_0	M_0
Ⅳ期	任何 T 任何 T	N_1 任何 N	M_0 M_1

（二）鉴别诊断

色素性基底细胞癌应与恶性黑色素瘤鉴别

疾　病	病　史	主　要　症　状	转 移	治疗与预后
色素性基底细胞癌	病程长、发展缓慢	早期呈斑痣样肿物伴有黑色素沉着，后呈侵蚀性溃疡，边缘如鼠咬状	很少发生转移	手术切除为主，预后好
恶性黑色素瘤	病程短、发展快	病变呈黑色或深褐色，病变内或周围出现"卫星"结节	易发生转移	手术切除为主的治疗，预后差

（三）病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（四）治疗方案

1. 治疗原则

早期发现，及早确诊，行手术、放疗、药物治疗、激光治疗或冷冻治疗等治疗。

2. 术前准备

（1）手术指征　全身情况能够耐受手术，无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的皮肤癌。

（2）禁忌证　癌肿已有远处脏器转移或全身情况不能耐受手术。

（3）常规准备　见“舌癌的术前准备”。

3. 治疗措施

早期病人不论手术、放疗、药物治疗、激光治疗或冷冻治疗效果都很好，多数病人能够治愈。

（1）病理检查　临床上疑为皮肤癌但难以确认者，若病灶不大，可将病灶连同周围 0.5～1cm 的正常组织切除后做病理检查。

（2）手术治疗　对鳞状细胞癌，手术切缘应距肿瘤边缘 1cm 以上，基底细胞癌，通常沿肿瘤边缘 0.5cm 以上切除即可，面颊后份的较大肿瘤，应考虑切除腮腺浅叶，术后组织缺损可行植皮或皮瓣转移修复。若侵入深层肌、软骨或骨组织时，应做大块切除，立即进行修复。

（3）淋巴结　颈部淋巴结疑有转移者，应做治疗性颈淋巴结清扫术。

（4）放射治疗　常用于鳞状细胞癌，如肿瘤范围很大，边界不明显，可先用放射治疗，待肿瘤缩小控制后，再行手术切除。基底细胞癌对放疗敏感性较差。

（5）药物治疗　可注射平阳霉素，或局部外敷皮癌灵、皮癌净、氟尿嘧啶油膏、秋水仙碱油膏、平阳霉素油膏、农吉利粉剂或浸膏等。

（6）低温冷冻或激光治疗　用于治疗多发或复发的皮肤癌。

（7）免疫治疗　用于多发性皮肤癌。先用二硝基氯苯（DNCB）涂布皮肤，使机体致致敏，3～4 周后，再注射或涂布少量于患处，24～72h 后，可见肿瘤处发生迟发型变态反应，出现红肿、坏死，最后角化。

（五）医嘱示范

参见“舌癌”。

三、中医会诊

热毒湿浊内蕴。

［症状］　面部生肿块，开始为一枚疣样损害，有痒感，搔后逐月增大，结痂，搔出血后增长迅速。肿物呈菜花状，色鲜红，有少许黏稠分泌物，有臭味。舌红，苔薄黄，脉细数。

［治则］　清热解毒，祛腐生肌。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［方药］ 选用清热解毒方加减。生地黄 15g，赤芍 15g，连翘 15g，茯苓 15g，泽泻 15g，马齿苋 15g，蒲公英 30g，忍冬藤 30g。

第三节　口腔颌面部肉瘤

一、软组织肉瘤

（一）概述

口腔颌面部软组织肉瘤系一组起源于间叶组织的恶性肿瘤，软组织肉瘤好发于成年人，约占 80%～90%，儿童约占 10%～20%。男性比女性稍多。从病理类型上分为纤维肉瘤、恶性纤维组织细胞瘤、脂肪肉瘤、神经纤维肉瘤、嗅神经母细胞瘤、血管肉瘤、卡波西肉瘤、平滑肌肉瘤、横纹肌肉瘤、滑膜肉瘤、腺泡状软组织肉瘤。口腔颌面部以纤维肉瘤、恶性纤维组织细胞瘤最为常见，其次为横纹肌肉瘤，其他软组织肉瘤较为少见。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）病史

① 口腔颌面部软组织圆形、扁圆形，结节状、分叶状、块状或条索状肿块，无痛或疼痛，病史短、生长较快。

② 邻近神经部位可有蚁走感、刺痛或麻木感。

③ 有的肿块病程较长，有反复肿胀发作史。

④ 有局部创伤或放疗史。

⑤ 发病年龄较低，因此，青年、中年以上患者生长较快的肿物应考虑到发生软组织肉瘤的可能。

（2）症状与体征

① 症状。注意检查病人的营养和精神状况。晚期软组织肉瘤多出现贫血、厌食、消瘦、头晕、乏力等全身恶病质症状。

② 体征。

a. 肿瘤部位。多发生于面部皮下、颌周、颊间隙、唇、腭、舌及口底等部位。

b. 肿瘤大小、性质。肿瘤多为圆形、扁圆形，结节状、分叶状、块状或条索状肿块，肿瘤分化较好，纤维成分多，则质地较硬，而恶性程度高者质地多较软，边界不清，活动受限或固定；肿瘤侵犯了牙槽突出现邻近牙齿松动、脱落；肿瘤侵及咀嚼肌、颊部、磨牙后区等出现张口困难。

c. 淋巴结。软组织肉瘤可伴有下颌下淋巴结肿大，但一般较少发生淋巴道转移。常发生血行转移。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(3) 影像学检查

① X线曲面断层片。晚期软组织肉瘤大多侵犯骨组织，引起骨质破坏，多为周边性破坏。

② 颌面部及颈部CT检查。主要是定位检查，判断肿瘤范围、大小、了解肿瘤或淋巴结与颈部血管的关系。对来自颞下窝、咽旁及舌根等深部的软组织肉瘤行CT检查尤为重要。

③ 颌面部MRI检查。软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位。更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系。

(4) 活组织检查　除个别情况，例如有艾滋病（AIDS）病史而诊断为卡波西肉瘤外，大多肉瘤须经病理活检后方能明确诊断及其病理类型，组织切片观察到癌病理像，为确诊的最重要依据。

(5) 临床分类、分期　目前多采用国际抗癌协会建议的T、N、M法分类、分期。

① 成人。

a. 临床分类。

T_x：原发肿瘤不能评估。

T_0：原发肿瘤隐匿。

T_1：肿瘤最大直径在5cm以内。

T_2：肿瘤最大直径>5cm。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：区域性淋巴结转移。

M_x：不能评估有无远处转移。

M_0：无远处转移。

M_1：有远处转移。

b. 组织病理分化度。

G_x：分化度不能评估。

G_1：高分化。

G_2：中分化。

$G_{3\sim4}$：低分化/未分化。

c. 临床分期。口腔颌面部软组织肉瘤的临床分期如表5-6所示。

表5-6　软组织肉瘤的临床分期

临床分期	G	T	N	M
ⅠA期	G_1	T_1	N_0	M_0
ⅠB期	G_1	T_2	N_0	M_0
ⅡA期	G_2	T_1	N_0	M_0

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

临床分期	G	T	N	M
ⅡB期	G_2	T_2	N_0	M_0
ⅢA期	$G_{3\sim4}$	T_1	N_0	M_0
ⅢB期	$G_{3\sim4}$	T_2	N_0	M_0
ⅣA期	任何G	任何T	N_1	M_0
ⅣB期	任何G	任何T	任何N	M_1

② 儿童。本分类特别适用儿童横纹肌肉瘤，也可用于其他儿童软组织肉瘤。

a. 临床分类。

T_x：原发肿瘤不能评估。

T_0：原发肿瘤隐匿。

T_1：肿瘤局限于原发器官或原发组织。肿瘤最大直径在5cm以内。

T_{1a}：肿瘤最大直径≤5cm

T_{1b}：肿瘤最大直径>5cm

T_2：肿瘤侵犯毗邻器官或组织，和/或肿瘤周围有恶性渗出。

T_{2a}：肿瘤最大直径≤5cm

T_{2b}：肿瘤最大直径>5cm。

说明：儿童软组织肉瘤无T_3、T_4分类；存在一个以上肿瘤时通常被认为是一个肿瘤伴有远处转移。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：区域性淋巴结转移。

M_x：不能评估有无远处转移。

M_0：无远处转移。

M_1：有远处转移。

b. 临床分期。见表5-7。

表5-7　儿童软组织肉瘤的临床分期

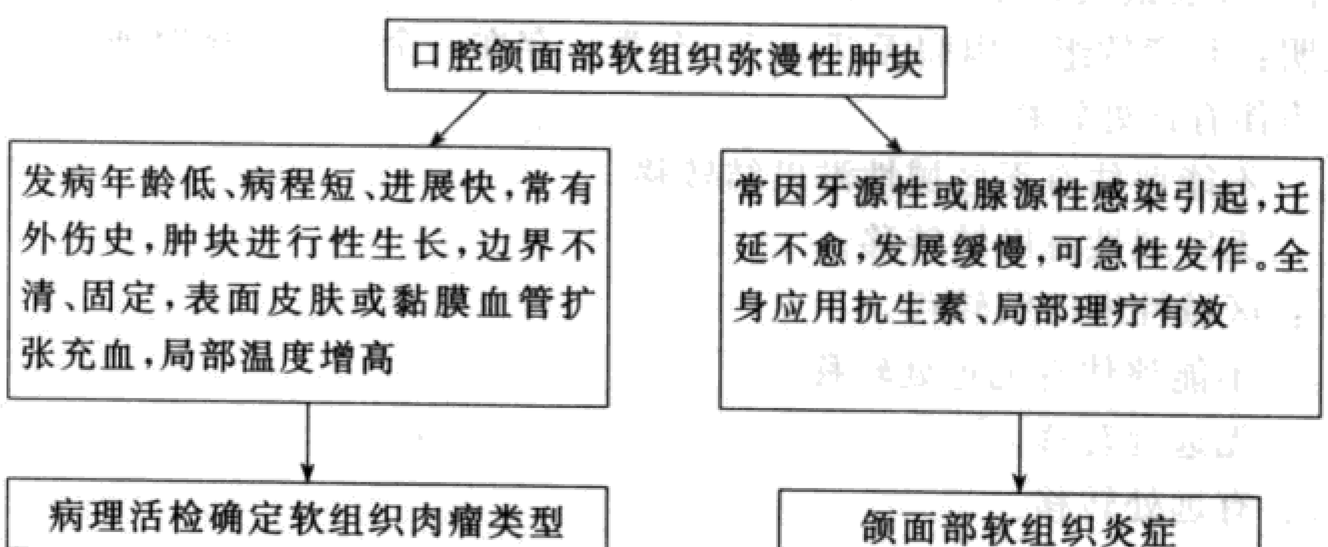
临床分期	T	N	M
Ⅰ期	T_{1a}	N_0	M_0
	T_{1b}	N_0	M_0
Ⅱ期	T_{2a}	N_0	M_0
	T_{2b}	N_0	M_0
Ⅲ期	任何T	N_1	M_0
Ⅳ期	任何T	任何N	M_0

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 鉴别诊断

疾病	年龄	病史	主要症状	转移	治疗与预后
口腔颌面部软组织慢性炎症	可发生于任何年龄	常因牙源性或腺源性感染引起，病程迁延不愈，发展缓慢，可急性发作	常有刺激因素(病灶牙、扁桃体炎等)，炎症扩散波及颌面部软组织出现弥散性肿胀，边界不清、粘连，表面皮肤可发红，皮温高	不发生转移	去除刺激因素，全身应用抗生素，局部理疗，手术清除病灶能够治愈
口腔颌面部软组织肉瘤	多发生于青年及儿童	病程短、发展快、常有外伤史	多为实质性(或有分叶)肿块，皮肤或黏膜血管扩张充血，局部温度增高，晚期始出现溃疡或有溢液、出血；肿瘤浸润正常组织后可引起一系列相应功能障碍症状，诸如呼吸不畅、张口受限直至牙关紧闭等；晚期肿瘤可呈巨大肿块，多见恶病质。病理活检后能明确其病理类型	常发生血行转移	以手术切除为主的综合治疗，预后差

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

(1) 治疗原则　早期发现，及早确诊，结合肿瘤组织来源、分化程度、发展速度、临床分期以及机体状况，行以手术为主，辅以化疗等的综合治疗。

(2) 术前准备

① 手术指征。全身情况能够耐受手术，无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的软组织肉瘤。

② 禁忌证。癌肿已有远处脏器转移，或全身情况不能耐受手术。

③ 常规准备。见“舌癌”。

(3) 治疗措施

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

① 原发肿瘤的处理。除了胚胎性横纹肌肉瘤首选放疗以外，绝大多数软组织肉瘤以手术为主，即局部根治性广泛性切除。对于局部复发率较高的肉瘤，如横纹肌肉瘤、血管肉瘤、神经源性肉瘤、滑膜肉瘤、腺泡状软组织肉瘤等，术后可辅以放疗及化疗。化疗药物主要为长春新碱、放线菌素 D、环磷酰胺等。

② 一般选用治疗性颈淋巴结清扫术，而不用选择性颈淋巴结清扫术。

③ 对远处转移病人的处理。对原发病灶已经控制的单个或可切除的转移灶仍可采用手术治疗；对原发灶未控制，或多个不能手术切除的转移灶，则只能采用姑息治疗。

(4) 医嘱示范　参见“舌癌”。

(三) 中医会诊

脾胃积热。

[症状]　口内肿块生长迅速，色紫，伴有溃烂、出血、肿痛，可伴有颜面畸形，牙齿松动，舌质红，苔黄腻，脉数。

[治则]　清热泻火，软坚散结。

[方药]　选用黄芩 5g，黄连 3g，陈皮 5g，石膏 20g，栀子 5g，连翘 10g，瓜蒌皮 10g，贝母 10g，山慈菇 10g，丹参 10g，当归 10g，海藻 10g。

二、骨源性肉瘤

(一) 概述

骨源性肉瘤系起源于骨间质的恶性肿瘤，真正的发病因素还不够清楚，与创伤有关。按病理组织学表现分为骨纤维肉瘤、骨肉瘤、周围性骨肉瘤、放射后骨肉瘤、软骨肉瘤、间叶软骨肉瘤、尤文肉瘤、骨恶性纤维组织细胞瘤。在口腔颌面部以骨肉瘤为最常见，其次为软骨肉瘤及骨恶性纤维组织细胞瘤。多见于青年及儿童。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史

① 颌骨无痛或疼痛性肿物，生长较快，颌面骨呈进行性膨胀性生长。

② 患部常伴有间歇性麻木感；有牙痛、牙松动。

③ 有外伤、接触放射线史。

④ 原先有良性骨病变如骨纤维异常增殖症等，近期生长突然增快。

⑤ 年轻病人应考虑到发生骨源性肉瘤的可能。

(2) 症状与体征

① 症状。注意检查病人的营养和精神状况，晚期病人可出现贫血、厌食、消瘦、头晕、乏力等症状。

② 体征。

a. 肿瘤部位。发生于下颌骨者多于上颌骨。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

b. 肿瘤大小、边界、质地、活动度、与邻近组织的关系。骨源性肉瘤易侵及神经出现神经症状，如下唇麻木等；颌面骨呈进行性膨胀性生长，进展较快，皮肤表面常有血管扩张及充血；颌骨破坏可导致牙松动或脱落，巨型肿块可导致病人咀嚼、呼吸障碍；后期肿块破溃，可伴发溢液或出血。

c. 淋巴结。骨源性肉瘤易发生血行转移，但也可发生淋巴道转移。间叶软骨肉瘤和尤文肉瘤常发生淋巴道转移，其余骨源性肉瘤很少或偶见淋巴道转移。

（3）影像学检查

① 颌面部X线片。一般在发病2周后方可见骨质破坏，基本特征为骨膨胀或骨破坏后的软组织阴影，呈不规则透射阴影；病变区有时有骨质反应性增生，有钙化斑块状出现；牙在肿瘤中多呈漂浮状。

a. 骨纤维肉瘤及恶性纤维组织细胞瘤。X线表现无特异性，主要表现为溶骨性病损。

b. 骨肉瘤。成骨性骨肉瘤新生细小的骨质增生由骨密质伸向外围，呈日光放射状。据Garrington观察，早期骨肉瘤牙片上可见一个或多个牙的牙周间隙呈对称性增宽，但临床上较难见到。

c. 软骨肉瘤。也可见如骨肉瘤的日光放射状。在透射区内有时有钙化斑点，周缘不规则；早期软骨肉瘤也可见相关牙的牙周间隙呈对称性增宽。

d. 尤文肉瘤。由于骨质的膨胀和破坏而呈典型的“洋葱皮样”变化，这种变化多见于长骨，而颌骨罕见。

② 颌面部及颈部CT检查。主要是定位检查，判断肿瘤范围、颈部有无转移灶；另外也可了解肿瘤或转移灶与颈部血管的关系。

③ 颌面部MRI检查。软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示肿瘤与肌肉、血管的关系。

④ 放射性计算机断层成像（ECT）检查。骨源性肉瘤可发生远处转移，骨肉瘤最常见，多为肺部、脑部转移，对可疑远处转移者可进行ECT检查。

（4）活组织检查　观察到癌病理像，为确诊的最重要依据。属定性检查，也是肿瘤治疗前的关键一步。并可进行肿瘤分型。

（5）临床分类、分期

① 临床分类

T_x：原发肿瘤不能评估。

T_0：原发肿瘤隐匿。

T_1：肿瘤限于骨密质内。

T_2：肿瘤已侵犯骨密质外。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：区域性淋巴结转移。

M_x：不能评估有无远处转移。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

M_0：无远处转移。

M_1：有远处转移。

② 组织病理分化度。

G_x：分化度不能评估。

G_1：高分化。

G_2：中分化。

G_3：低分化。

G_4：未分化。

③ 临床分期。根据以上情况进行组合，可将骨源性肉瘤分为以下各期，如表 5-8 所示。

表 5-8　骨源性肉瘤的临床分期

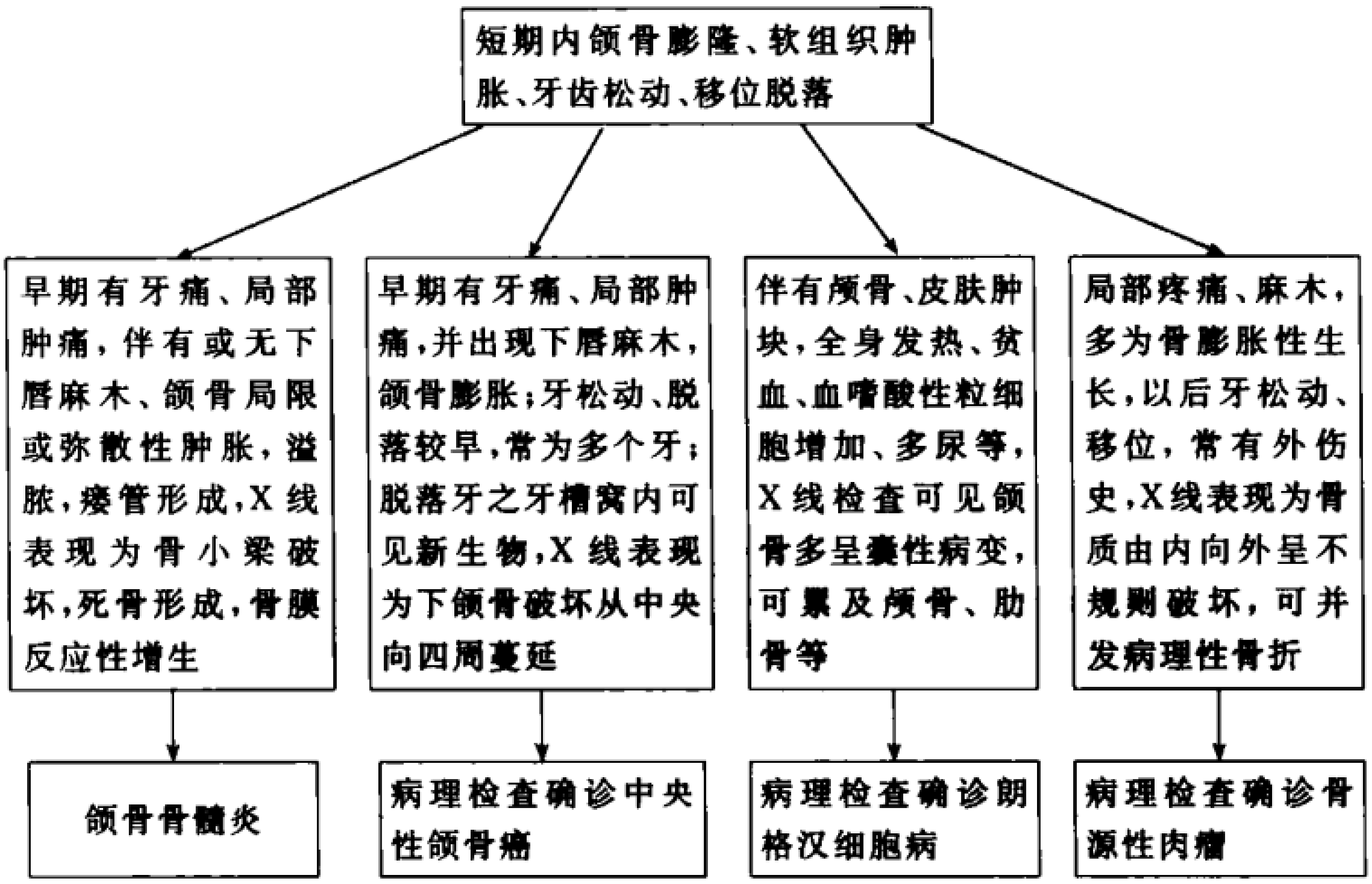
分期	G	T	N	M
ⅠA 期	$G_{1,2}$	T_1	N_0	M_0
ⅠB 期	$G_{1,2}$	T_2	N_0	M_0
ⅡA 期	$G_{3,4}$	T_1	N_0	M_0
ⅡB 期	$G_{3,4}$	T_2	N_0	M_0
Ⅲ期	未定	T_2	N_0	M_0
ⅣA 期	任何 G	任何 T	N_1	M_0
ⅣB 期	任何 G	任何 T	任何 N	M_1

2. 鉴别诊断

疾　病	病　　史	症　　状	X　　线
颌骨骨髓炎	早期有牙痛、局部肿痛，伴有或无下唇麻木	局限或弥散性肿胀，溢脓，瘘管形成	骨小梁破坏，死骨形成，骨膜反应性增生
颌骨中央性癌	早期有牙痛、局部肿痛，并出现下唇麻木	肿胀多为骨膨胀；牙松动、脱落较早，常为多个牙；脱落牙牙槽窝内可见新生物	下颌骨破坏从中央向四周蔓延
朗格汉细胞病	Letterer-Siwe 病，病程发展最快	多见于 2 岁以下，主要侵犯皮肤、内脏和骨髓	多呈囊性病变
	Hand-Schüller-Christian 病，病程发展缓慢	多见于 2～4 岁，可侵犯骨、皮肤及内脏	
	骨嗜酸性肉芽肿，病程最慢	多见于儿童及青年人，主要侵犯骨骼，不侵犯及内脏	
骨源性肉瘤	局部疼痛、麻木	多为骨膨胀性生长，以后牙松动、移位	颌骨破坏由内向外，呈中央性

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 病情分析思路



4. 治疗方案

（1）治疗原则　早期发现，及早确诊，结合肿瘤组织来源、分化程度、发展速度、临床分期以及机体状况，行以手术为主、辅以化疗等的综合治疗。

（2）术前准备

① 手术指征。全身情况能够耐受手术，无远处脏器转移而原发灶能彻底切除的肿瘤。

② 禁忌证。癌肿已有远处脏器转移或全身情况不能耐受手术。

③ 常规准备。见“舌癌”

（3）治疗措施

① 原发肿瘤的处理。骨源性肉瘤的基本治疗是以手术为主的综合治疗。手术须行大块根治性切除，特别要强调器官切除的概念，以避免因管道或腔隙传播而导致局部复发。采用组织瓣修复缺损者则按显微外科术后的原则处理。

② 一般选用治疗性颈淋巴结清扫术，而不用选择性颈淋巴结清扫术。

③ 对远处转移病人的处理。对原发病灶已经控制的单个或可切除的转移灶仍可采用手术治疗；对原发灶未控制，或多个转移灶不能手术切除的，则只能采用姑息治疗，包括全身化疗、生物治疗等，以延长病人的寿命。

④ 鉴于骨源性肉瘤具有远处转移的特点，近年来加用术前、术后化疗者愈来愈多，而且收到了一定的效果。例如长骨骨肉瘤加用化疗后，可使生存率从20%提高到60%；对已有广泛肺转移者也有明显缓解作用。骨源性肉瘤常选用的化疗药物为甲氨蝶呤（MTX）、长春新碱（VCR）、多柔比星（ADM）、环磷酰胺（CTX）。用法上多主张大剂量冲击治疗。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

⑤ 综合治疗。放射治疗除尤文肉瘤有一定敏感性外对其他骨源性肉瘤大多不敏感，但也可作为术前、术后的辅助治疗措施。对尤文肉瘤采用三联（手术、放疗、化疗）疗法可使生存率提高数倍以上。

5. 医嘱示范

参见“舌癌”。

（三）中医会诊

参见“软组织肉瘤”。

第四节　淋　巴　瘤

一、概述

淋巴瘤为起源于淋巴网状系统的最常见的恶性肿瘤，病理上一般分为霍奇金淋巴瘤（HL）与非霍奇金淋巴瘤（NHL）。另外，还有一些亚类，如 Burkitt 淋巴瘤等。组织学上，HL 分为淋巴细胞优势型、结节硬化型、混合细胞型和淋巴细胞衰竭型四类；NHL 则分为低度恶性、中度恶性和高度恶性三类。在我国，HL 较少，NHL 较多。淋巴瘤可发生于任何年龄，但以青壮年较多。男性稍多于女性。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史

① 腮腺区、下颌下、颈部长期存在的肿大淋巴结，数目逐渐增多，无明显炎症来源，不化脓。

② 面部皮肤丘疹、红斑、组织水肿样增厚。

③ 口腔颌面部不明原因的炎症、溃疡、坏死、肿大、肿块，生长迅速，可伴有局部出血、疼痛、鼻阻塞、咀嚼困难、咽痛、面颈肿胀，全身发热、食欲减退、贫血、乏力等。

④ 以上病变长期不愈，抗炎治疗和抗结核治疗无效，应考虑到发生淋巴瘤的可能。

2. 症状与体征

① 症状。注意检查全身各部位淋巴结有无肿大、有无肝脾肿大等。晚期淋巴瘤可出现发热、食欲减退、全身消瘦、贫血、乏力、盗汗等症状。

② 体征。

a. 肿瘤部位。淋巴瘤发生于淋巴结者称结内型，发生于淋巴结外者称结外形。结内型多见于腮腺内、下颌下、颈部、腋下、腹股沟等，结外型多见于鼻咽部、扁桃体、舌根部、牙龈、腭部、颊部、颌骨、上颌窦、颏部等。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

b. 肿瘤大小、边界、质地、活动度、与邻近组织的关系。结内型淋巴瘤，主要为淋巴结无痛的渐进性肿大，初期为单个或多个，肿大的淋巴结可以移动，以后累及的淋巴结数量逐渐增多，互相融合成团，失去移动性；结外型淋巴瘤早期常常是单发性病灶，可呈炎症、坏死、水肿、肿块等表现。肿瘤生长迅速可引起相应的症状，如局部出血、疼痛、鼻阻塞、咀嚼困难、咽痛、吞咽受阻、气短、面部肿胀等。

3. 影像学检查

① X线片检查。检查颌骨破坏情况。原发于颌骨的淋巴瘤以及发生于口腔内的淋巴瘤侵犯颌骨，颌骨均可有不规则破坏。

② CT检查。主要是定位检查，判断病变部位、范围、大小。注意明确纵隔、胸部、腹膜后淋巴结有无肿大及侵犯，这对确定临床分期十分重要。

③ 颌面部MRI检查。软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位。

④ B超检查。明确肝脾有无肿大及侵犯。

4. 活组织检查

镜下可见恶性肿瘤细胞，属定性检查，并可进行分型。

5. 临床分期

淋巴瘤临床分期可参考病史、体征、影像学检查、血象以及初步的活检查报告进行，必须从临床或经放射学证实未被侵犯的骨骼处获取骨髓活检。

① 肝的侵犯。临床证实肝受侵犯必须包括如下表现，肝大，至少伴有血清碱性磷酸酶（AKP）异常，以及两项不同的肝功能异常，或一项肝功能和一项影像学检查证实。肝受侵犯常被认为是弥散性淋巴结外病变。

② 脾的侵犯。临床可触及肿大的脾，并为影像学检查所证实。

③ 淋巴结和淋巴结外病变。包括淋巴结、韦氏环、脾、阑尾、胸腺、集合淋巴结。

④ 肺的侵犯。可限于一叶或向肺门周围扩散，并伴单侧淋巴结肿大；或单侧胸膜渗出，伴或不伴肺部侵犯但有淋巴结肿大。这些情况均被考虑为局限性淋巴结外病变。

淋巴瘤临床上可分为四期（淋巴结按区分组。1个或1个以上的区域可被累及。脾以S表示；淋巴结外的器官及部位以E表示）。

① Ⅰ期。单区淋巴结受累（Ⅰ）；或单个淋巴结外器官或部位局限性受累（ⅠE）。

② Ⅱ期。在横膈之上或下方，有三个或多个淋巴结区受累（Ⅱ）；或单个淋巴结外器官或部位局限性受累，同时伴有横隔同侧的区域性淋巴结（或非区域性引流淋巴结）受累（ⅡE）。（注：区域性被累及淋巴结数可以注明，例如写成“Ⅱ3”，3代表淋巴结数量。）

③ Ⅲ期。横隔之上下方均有淋巴结区被累及（Ⅲ）；并可伴有淋巴结外器官或部位局限性受累（ⅢE）；或伴有脾受侵（ⅢS）；或淋巴结外器官或部位局限性受侵和脾受侵并存（ⅢE+S）。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

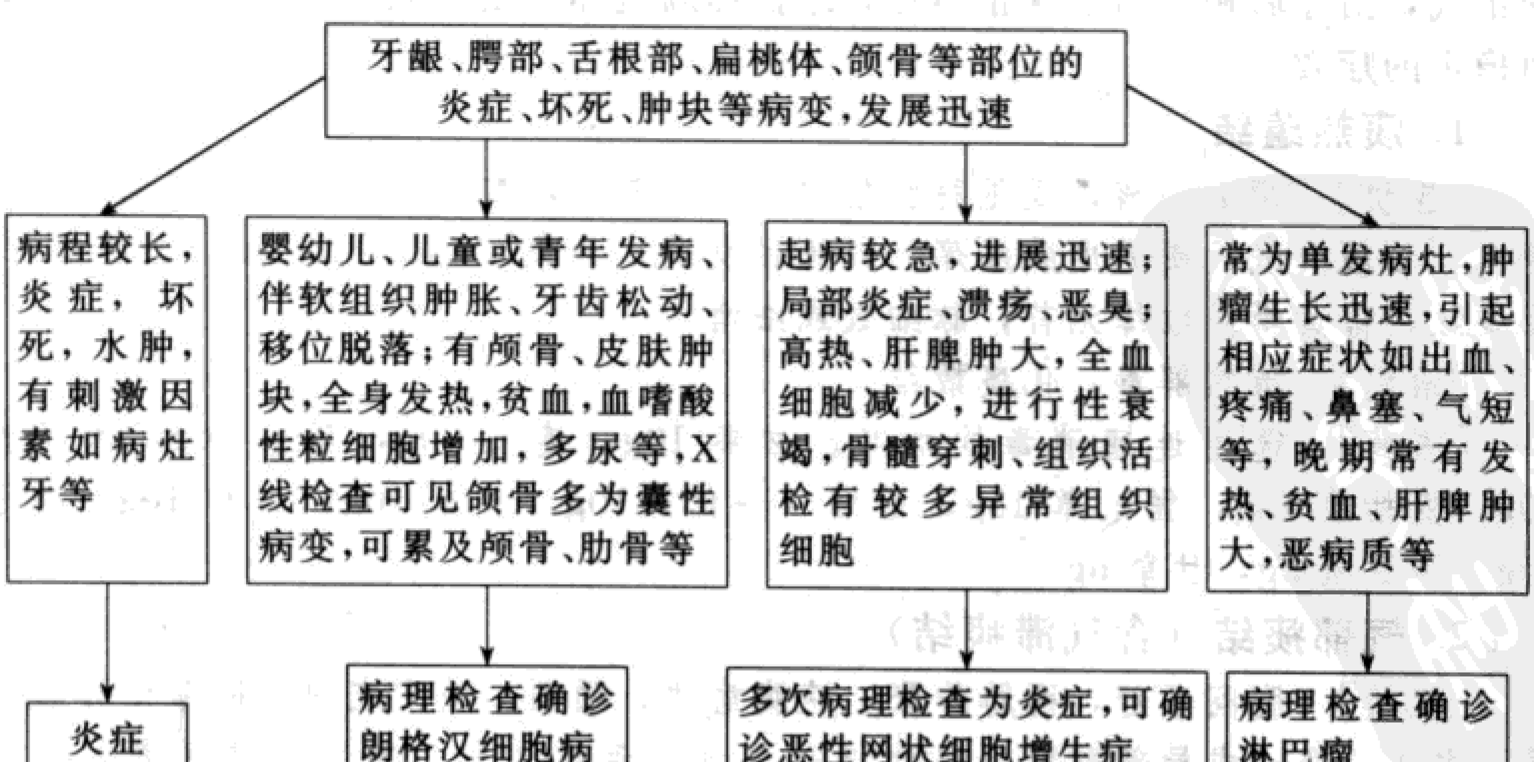
④ Ⅳ期。累及一个或多个淋巴结外器官的弥散性（多灶性）病损，或不伴淋巴结受侵；或孤立的淋巴结外器官受累并伴有远处（非区域性）淋巴结侵犯。

上述各期根据是否出现全身症状而分为 A（无）和 B（有）两类。症状包括：①在就诊前 6 个月，不明原因的体重减轻，超过原来体重的 10%；②不明原因的发热，超过 38℃；③盗汗。

（二）鉴别诊断

疾　病	病　史	主要症状	治疗与预后
恶性网状细胞增生症	起病较急，进展迅速	高热、肝脾肿大，全血细胞减少，进行性衰竭，骨髓穿刺、组织活检有较多异常组织细胞	支持治疗和化疗，预后较差
朗格汉细胞病	Letter-siwe 病，发展快	多见于 2 岁以下，主要侵犯皮肤、内脏和骨髓	综合化疗为主，局部放疗为辅，预后较差
	Hand-Schüller-Christian 病，发展较缓	多见于 2～4 岁，主要侵犯骨、皮肤及内脏	综合化疗为主，局部放疗或化疗，预后很好
	骨嗜酸性肉芽肿，发展最慢	多见于儿童及青年人，主要侵犯骨骼，不侵及内脏	局部病灶刮治，辅以放疗或化疗，预后很好
慢性炎症	病程较长	炎症，坏死，水肿，有刺激因素	去除病因，抗炎治疗，预后好
淋巴瘤	结内型 HL 病程较长，结内型 NHL 病程较短，结外型病程短，发展快	结内型为淋巴结肿大；结外型为单发性病灶，炎症，坏死，水肿，肿块等；晚期常有发热、贫血、肝脾肿大，恶病质等	放疗和化疗，HL 预后较 NHL 好

（三）病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(四) 治疗方案

淋巴瘤以全身治疗为主，对放疗和化疗均较敏感。对早期的结内型淋巴瘤，常用手术摘除，明确诊断后再追加局部放疗；对经过放疗后不消退的结外型口腔颌面部淋巴瘤，特别是已侵犯骨组织者，也可考虑行局部扩大化根治性切除术，术后再持续进行化疗，另外，可配合中医治疗，生物治疗，以减轻其他治疗的副作用。

1. HL 的治疗

早期 HL 的治疗以放疗为主。晚期 HL，多应用化疗，常用的化疗方案为 MOPP 方案（氮芥、长春新碱、丙卡巴肼、泼尼松），疗效较好。近年来，在 MOPP 方案的基础上加入博来霉素、多柔比星等可提高疗效 10%。

① ABVD 方案。多柔比星、博来霉素、长春新碱、卡达巴嗪素。

② CVB 方案。洛莫司汀、长春新碱、博来霉素。

③ SXAB 方案。链脲霉素、甲环亚硝脲、多柔比星、博来霉素。

但仍以放疗与化疗合用为好。

2. NHL 的治疗

早期 NHL 的治疗以化疗及放疗为主。晚期 NHL 以化疗为主，多采用 COP 方案（环磷酰胺、长春新碱、泼尼松）或 CHOP 方案（环磷酰胺、长春新碱、泼尼松、多柔比星），个别病变退缩不满意者，再配合放疗等。

3. Burkitt 淋巴瘤的治疗

以大剂量环磷酰胺化疗为主，也可采用综合化疗方案。

三、中医会诊

由于淋巴瘤患者大多正气内虚，脏腑功能低下，中晚期患者其虚损情况更为突出，因此要妥善处理好扶正和祛邪关系，强调整体观念、治疗中注意保护患者的正气，治疗后积极给予扶正治疗，维护提高机体免疫功能，将有利于取得良好而稳定的疗效。

1. 痰热蕴结

[症状] 颈部肿核，或见脘腹痞块，发热较甚，常有盗汗，口干口渴，咽喉肿痛，心烦失眠，或见皮肤瘙痒，或身目发黄，大便干结或见便血，小便短少，舌质红，苔黄燥或红绛无苔，脉细数或细滑。

[治则] 清热解毒，化痰散结。

[方药] 选用连翘消毒饮加减。玄参 10g，连翘 10g，葛根 10g，天花粉 10g，夏枯草 15g，猫爪草 15g，重楼（蚤休）10g，黄芩 10g，赤芍 10g，栀子 10g，山豆根 5g，甘草 6g。

2. 气郁痰结（含气滞痰结）

[症状] 胸闷不舒，两胁作胀，脘腹痞块，颈项、腋下或腹股间等处作核累累，皮色不变，或局部肿胀，或伴低热盗汗，舌质淡红，苔薄白或薄黄，脉弦

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

滑，或细弦。

［治则］ 疏肝解郁，化痰散结。

［方药］ 选用柴胡疏肝散合消瘰丸加减。生牡蛎 15g，玄参 10g，夏枯草 15g，猫爪草 15g，柴胡 10g，白芍 10g，枳壳 10g，香附 10g，郁金 10g，浙贝母 10g，炙甘草 6g。

3. 脾虚痰湿

［症状］ 全身乏力，面色㿠白或微黄，唇色淡白，颈部或腹股间或腹腔内淋巴结肿大，纳差，大便细或烂薄，舌苔薄白或白腻，舌质淡白，脉细弱。此型常见于化疗后。

［治则］ 健脾补气，化湿祛痰。

［方药］ 选用六君子汤加减。党参 10g，白术 10g，茯苓 10g，陈皮 10g，半夏 10g，猫爪草 10g，露蜂房 10g，甘草 6g。

4. 气血两虚

［症状］ 多见于晚期或多程放疗、化疗后，颈部或腹股沟等处肿核或大或小，或见脘腹痞块，面色苍白或萎黄，头晕目眩，心悸怔忡，气短乏力，食欲不振，舌质淡，苔薄白，脉细弱，或虚大无力。

［治则］ 益气养血，软坚散结。

［方药］ 选用八珍汤加减。党参 10g，熟地黄 10g，鸡血藤 15g，猫爪草 15g，夏枯草 15g，白术 10g，茯苓 10g，当归 10g，白芍 10g，川芎 10g，炙甘草 6g。

5. 肝肾阴虚（含阴虚火旺）

［症状］ 多见于晚期或素体阴虚，或多程放疗后，颈部或腹股沟等处肿核或大或小，或见脘腹痞块，午后潮热，五心烦热，失眠盗汗，口干咽燥、头晕目眩，舌红苔少或无苔，脉弦细或沉细。

［治则］ 滋补肝肾，软坚散积。

［方药］ 选用知柏地黄丸合二至丸加减。生地黄 10g，生牡蛎 15g，山茱萸（山萸肉）10g，淮山药 10g，女贞子 10g，旱莲草 10g，昆布 10g，茯苓 10g，泽泻 10g，牡丹皮 10g，知母 10g，黄柏 10g。

第五节 恶性黑色素瘤

一、概述

恶性黑色素瘤亦称黑色素瘤或黑色素癌。来源于成黑色素细胞，好发于皮肤，但在我国发生于口腔黏膜者反比面部皮肤为多，约占 80％以上，发病年龄多在 40 岁左右，极少见于少年儿童。男女性别差异不大。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

二、查房内容

(一) 诊断依据

1. 病史

① 颜面部皮肤上长期存在的色素痣，突然增大、颜色加深，发痒、刺痛，溃破、出血。

② 口腔黏膜的色素病变如黑斑等，增大、溃破、出血；洗脸、刮脸等反复摩擦损伤，慢性刺激。

③ 长期暴露于紫外线之下的户外工作者。

④ 有恶性黑色素瘤家族史，中老年的病人以及妊娠期的女性应高度警惕发生恶性黑色素瘤的可能。

2. 症状与体征

(1) 症状　注意检查病人的营养和精神状况，晚期恶性黑色素瘤病人可出现贫血、厌食、消瘦、头昏、乏力等症状。由于恶性黑色素瘤可经血行转移至肺、肝、骨、脑等器官，全身检查要仔细。

(2) 体征

① 肿瘤部位。好发于皮肤及黏膜，在我国发生于口腔黏膜者较面部皮肤多，约占80%以上。面部皮肤上的恶性黑色素瘤多见于颧颊部，口腔内以腭、牙龈及颊部的黏膜为好发部位。

② 肿瘤颜色、形态。恶性黑色素瘤早期表现大多数为皮肤痣及口腔黏膜黑斑，发生恶变时迅速长大，色素增多，呈黑色或深褐色，早期为放射性水平扩张生长，肿瘤侵及下层的结缔组织后，向上下方向扩展。肿瘤病变内或周围出现“卫星”结节。肿瘤向四周蔓延扩展或自行性退变，使边缘不规整，呈锯齿状改变。病灶表面不光滑，稍隆起，呈结节状，可有渗液、出血。

③ 肿瘤大小、边界、质地、活动度、与邻近组织的关系。恶性黑色素瘤直径常超过0.6cm。口腔内恶性黑色素瘤浸润至黏膜下组织及骨组织，可引起牙槽突及颌骨破坏，使牙松动。肿瘤向后发展，可致张口受限、吞咽功能障碍等。

④ 淋巴结的检查。恶性黑色素瘤很容易发生转移，约70%早期转移至区域性淋巴结。病人就诊时常主诉颈部有肿物。肿瘤远处转移率高达40%，主要经血行转移到肺、肝、骨、脑等器官。

3. 影像学检查

(1) X线曲面断层片　检查有无颌骨破坏。

(2) 颌面部及颈部CT检查　主要是定位检查，判断肿瘤范围、大小，颈部有无转移灶，也可了解肿瘤与颈部血管的关系。

(3) 颌面部MRI检查　对软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 活组织检查

属定性检查。恶性黑色素瘤很容易发生转移扩散，一般不做切取或钳取活检。对临床上疑为恶性黑色素瘤但难以确诊者，如无色素性黑色素瘤等，若病灶不大，可将病灶连同周围 0.5～1.0cm 的正常组织切除后做病理检查；若病灶过大，可行病灶冷冻活检或术中冰冻切片。

5. 临床分期

皮肤恶性黑色素瘤按照 UICC 标准进行临床分类、分期。

(1) 临床分类

T：原发肿瘤的扩展将在肿瘤切除后进行分类（见后述 pTNM 病理分类）。

N_x：不能评估有无区域性淋巴结转移。

N_0：无区域性淋巴结转移。

N_1：任何区域性淋巴结转移，其直径≤3cm。

N_2：任何区域性淋巴结转移和/或中途转移，其直径＞3cm。

N_{2a}：任何区域性淋巴结转移，其最大直径＞3cm。

N_{2b}：中途转移。

N_{2c}：以上两者均有（$N_{2a}+N_{2b}$）。

注：中途转移指位于原发灶外 2cm 的皮肤或皮下组织中的转移灶，但不超越区域性淋巴结地带。

M_x：不能评估有无远处转移。

M_0：无远处转移。

M_1：有远处转移。

M_{1a}：皮肤或皮下组织转移，或区域性淋巴结以外的淋巴结转移。

M_{1b}：内脏转移。

(2) 病理分类

pT_x：原发肿瘤不能评估。

pT_0：原发灶隐匿。

pTis：原位恶性黑色素瘤，包括非典型黑色素细胞增生、重度黑色素细胞间变，但非浸润性恶性病损。

pT_1：肿瘤厚度≤0.75mm，并侵及真皮乳头。

pT_2：肿瘤厚度＞0.75mm，但不超过 1.5mm，和/或侵及真皮乳头-网状层交界处。

pT_3：肿瘤厚度＞1.5mm，但不超过 4mm，和/或侵及真皮网状层。

pT_{3a}：肿瘤厚度＞1.5mm，但不超过 3mm。

pT_{3b}：肿瘤厚度＞3mm，但不超过 4mm。

pT_4：肿瘤厚度＞4mm，和/或侵及皮下组织，和/或在原发肿瘤 2cm 内出现卫星病灶。

pT_{4a}：肿瘤厚度＞4mm，和/或侵及皮下组织。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

pT_{4b}：原发肿瘤 2cm 内出现卫星病灶。

pN 分类与 N 分类相应一致。

pM 分类与 M 分类相应一致。

（3）临床分期　根据以上情况进行组合，可将皮肤恶性黑色素瘤分为以下各期，如表 5-9 所示。

表 5-9　恶性黑色素瘤的临床分期

临床分期	pT	N	M
Ⅰ期	pT_1	N_0	M_0
Ⅱ期	pT_2 pT_3	N_0 N_0	M_0 M_0
Ⅲ期	pT_4 任何 T	N_0 N_1，N_2	M_0 M_0
Ⅳ期	任何 T	任何 N	M_1

（二）鉴别诊断

疾　病	病　史	主 要 症 状	转移	治疗与预后
色素性基底细胞癌	病程长、发展缓慢	早期呈斑痣样肿物伴有黑色素沉着，后呈侵蚀性溃疡，边缘如鼠咬状	很少发生转移	手术切除为主，预后好
无色素性黑色素瘤	病程短、发展快	局部皮肤损害，外观无明显色素沉着，病理学常规染色片上不能发现黑色素，但经氨化硝酸银染色后，亦可见到黑色素。电镜下可见肿瘤细胞胞浆中有黑色素小体或前黑色素小体	易发生转移	手术切除为主的综合治疗，预后差
恶性黑色素瘤	病程短、发展快	病变呈黑色或深褐色，病变内或周围出现"卫星"结节	易发生转移	手术切除为主的综合治疗，预后差

（三）病情分析思路（见下页）

（四）治疗方案

1. 治疗原则

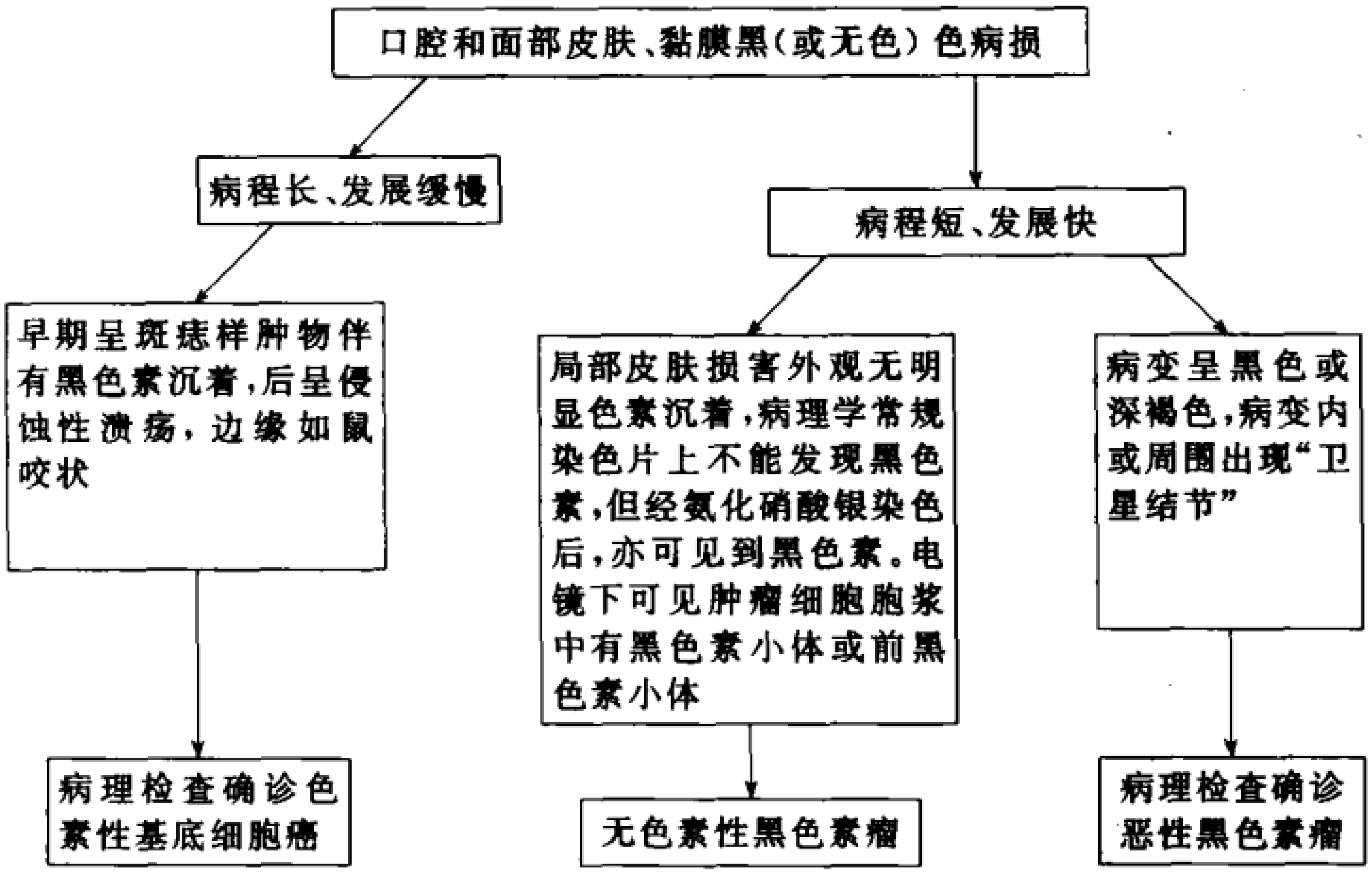
早期发现，及早确诊，行以手术为主的综合治疗。

2. 治疗措施

（1）外科治疗

① 原发病灶切除范围。传统的治疗方法为广泛性根治性手术切除。近年来认为对病灶厚度不超过 1mm 的早期病损，距肿瘤边缘 1cm 切除似已足够。对病

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



灶厚度超过 1mm 者，应距肿瘤边缘 3～5cm 处做广泛切除术。上颌恶性黑色素瘤应行上颌骨次全切除或全部切除，对耳部、下颌及唇颊部肿瘤，应行联合根治术。

② 区域性淋巴结清扫术。恶性黑色素瘤的区域性淋巴结转移率很高，应常规行选择性、根治性颈淋巴结清扫。

③ 姑息性切除术。远处转移一般为多灶性，争取手术治疗的机会较少，因此应以化学治疗及生物疗法为主。对病灶范围大，伴有远处转移等不适于根治性手术者，为了解除溃疡出血或疼痛，只要解剖条件及全身条件许可，也可考虑行姑息性切除。

（2）冷冻治疗　成黑色素细胞对低温十分敏感，肿瘤经冷冻治疗后，有可能使机体产生抗体，促进免疫作用。国内采用喷射液氮的方法治疗口腔黏膜恶性黑色素瘤，取得了较好控制原发灶的效果。经过 2～3 次冷冻后，肿瘤可以完全消失。在口腔内施行冷冻要防止误伤周围正常组织，要防止液氮流至咽喉部导致咽喉部水肿。

（3）化学疗法

① 单一用药。

a. 亚硝脲类药物。对黑色素瘤有一定疗效。

b. 达卡巴嗪（氮烯咪胺，DTIC）。由于该药的出现，使黑色素瘤的治疗向前推进了一步，成为应用最广泛的药物。

② 联合用药。恶性黑色素瘤对化疗不甚敏感，但联合用药可提高有效率，如达卡巴嗪、卡莫司汀及长春新碱等联合应用。

（4）免疫治疗　恶性黑色素瘤的自行消退，说明与机体的免疫功能有关。应用卡介苗（BCG）皮肤划痕法、瘤内注射和口服、皮下注射，可增强病人的免疫能力，达到治疗肿瘤的目的。除了皮肤划痕法外，其他方法均需注意防止结核杆

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

菌感染，故需口服异烟肼等抗结核药物。近几年试用干扰素、白细胞介素-2(IL-2)、淋巴因子激活杀伤细胞（LAK 细胞）等生物反应调节剂，取得一定效果。

(5) 放射治疗　对原发灶一般不采用放射治疗，而对转移性病灶用放射治疗。目前常用放射剂量为对浅表淋巴结、软组织、胸腔、腹腔、盆腔内的转移灶，每次照射量 20～40Gy，对骨转移灶每次 2～4Gy，总量 30Gy 以上。

(6) 综合治疗　对口腔黏膜恶性黑色素瘤应采取综合治疗，即原发灶扩大切除或冷冻治疗、根治性颈淋巴结清扫术，化疗（主要选用达卡巴嗪、放线菌素 D、长春新碱或羟基脲的综合化疗）和免疫治疗（多用非特异性免疫，如 BCG 划痕）。这一治疗方案使恶性黑色素瘤的 3 年、5 年生存率得到了极为显著的提高。

（五）医嘱示范

参见“舌癌”。

三、中医会诊

1. 气血瘀凝，浊气聚结

［症状］ 此型多见于发病早期。皮肤出现黑色斑块或结节肿块。胃纳、二便尚可。舌暗红有瘀点，脉弦或滑。

［治则］ 活血祛瘀，化痰散结。

［方药］ 选用桃红四物汤加减。桃仁 15g，红花 5g，生地黄 20g，川芎 10g，赤芍 15g，香附 20g，丹参 20g，白花蛇舌草 30g，半枝莲 30g，玄参 20g，陈皮 6g，浙贝母 12g，甘草 5g。

2. 痰瘀走窜，气血败坏

［症状］ 此型多见于发病中后期。黑色素斑块或结节肿块破溃出血，或形成溃疡，或周围它处皮肤亦出现黑斑结节。形伴消瘦，气短乏力，纳差便溏，双目无神。舌质暗淡，脉细涩无力。

［治则］ 补益气血，扶正祛邪。

［方药］ 选用八珍汤加减。党参 30g，白术 15g，茯苓 15g，川芎 12g，当归 12g，熟地黄 20g，白芍 20g，北黄芪 30g，白花蛇舌草 30g，半枝莲 20g，猫爪草 20g，甘草 5g。

第六节　朗格汉斯细胞病

一、概述

朗格汉细胞病又称朗格汉细胞肉芽肿、组织细胞增生症 X 或特发性组织细

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

胞增生症，为原发于骨组织的非肿瘤性疾病，因其临床表现及可致死性，常作为类肿瘤病看待。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史

颌骨、颅骨或皮肤不明原因的肿块，有肿胀、疼痛等炎症样变，可伴有全身发热、贫血等，抗生素治疗疗效不佳，婴幼儿及青年病人，应考虑发生朗格汉细胞病的可能。

2. 症状与体征

（1）症状　注意检查病人的全身情况，注意病人的营养和精神状况。朗格汉细胞病可出现发热、贫血、烦渴、多尿等症状。朗格汉细胞病中，急性播散型（又称 Letterer-Siwe 病）多见于 2 岁以下婴幼儿，主要侵犯皮肤、内脏和骨髓。早期发热，晚期可有皮疹、皮下出血，肝、脾肿大。病情发展最快，可在数月内死亡。慢性播散型（又称 Hand-Schüller-Christian 病）多见于 2～4 岁幼儿。可侵犯骨、皮肤及内脏。有低热、贫血、烦渴、多尿等。病情发展缓慢，但最终可死于本病。局限型（又称骨嗜酸性肉芽肿）多见于儿童及青年人。主要侵犯骨骼（多为颅骨、肋骨），不侵及内脏。病情发展最慢。

（2）体征　Letterer-Siwe 病局部肿块可呈急性炎症样变，酷似急性感染。Hand-Schüller-Christian 病多为颅骨肿块及牙齿松动、脱落等。骨嗜酸性肉芽肿多为颅骨、下颌骨肿块，可为单发或多发，可有肿胀及疼痛；可出现淋巴结肿大。

（3）实验室检查　Letterer-Siwe 病、Hand-Schüller-Christian 病病人可有血红蛋白下降，骨嗜酸性肉芽肿病人可有嗜酸性细胞增加。

3. 影像学检查

（1）X 线片检查　检查颅骨、下颌骨、肋骨等骨破坏情况。朗格汉细胞病 X 线征象没有特异性，多呈囊性病变，边缘不整，牙根可以吸收。

（2）颌面部、颈部及全身其他部位 CT 检查　主要是定位检查，判断病变部位、范围、大小。

4. 活组织检查

属定性检查，为确诊的最重要依据，也是朗格汉细胞病治疗前的关键一步。如不能确诊则不能进行下一步治疗。

（二）鉴别诊断

参见“淋巴瘤”。

（三）病情分析思路

参见“淋巴瘤”。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(四) 治疗方案

1. Letterer-Siwe 病和 Hand-Schüller-Christian 病

以综合化疗为主，必要时辅以局部放疗。

2. 骨嗜酸性肉芽肿

以局部病灶手术刮治，辅以小剂量放疗为主。对孤立的小病灶亦可先放疗，对多发性的病灶可辅以化疗。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第七节 口腔颌面部转移性肿瘤

一、概述

口腔颌面部转移性肿瘤是指原发肿瘤位于身体任何部位经血行或淋巴道转移到口腔颌面部的肿瘤。多发生于年纪较大的病人，男女发病无显著差异。

二、查房内容

(一) 诊断依据

1. 病史

① 病人多数有患癌症的历史，应详细询问既往史。

② 口腔软组织，尤其是牙槽部呈结节状增生物。

③ 颌骨膨胀，有时伴剧烈疼痛。

④ 中年以上的病人应考虑到发生口腔颌面部转移性肿瘤的可能。

2. 症状与体征

(1) 症状　注意检查病人的营养和精神情况。晚期病人可出现贫血、厌食、消瘦、头晕、乏力等症状。

(2) 体征

① 肿瘤部位。原发于乳腺、肺、前列腺、肾、骨等部位的恶性肿瘤均有可能转移至口腔颌面部。

一般转移至软组织的多见于口腔内，约 50% 至牙龈；25% 至舌；余为其他部位。转移至骨组织的主要为颅骨与下颌骨，上颌骨不多见。

② 肿瘤形态。软组织转移性肿瘤多呈结节状，骨转移性肿瘤多致颌骨膨胀、破坏。

③ 肿瘤大小、边界、质地、活动度、与邻近组织的关系。转移性肿瘤，尤其是经血行转移者往往有多个转移灶。应注意检查是否存在其他转移灶。另外要

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

注意寻找原发病灶。

3. 实验室检查

血常规一般无异常，晚期病人可有血红蛋白下降，白细胞及血小板计数减少等。

4. 影像学检查

（1）颌面部X线片检查　转移性肿瘤破坏颌骨，可见骨质有透光影，呈囊性，中心性扩张式破坏；有时边缘呈虫蚀状。乳腺癌或前列腺癌的转移灶有时透光影与成骨影并存。

（2）颌面部、颈部以及全身其他部位CT检查　主要是定位检查，判断转移肿瘤部位、范围、大小等；有助于寻找原发病灶。

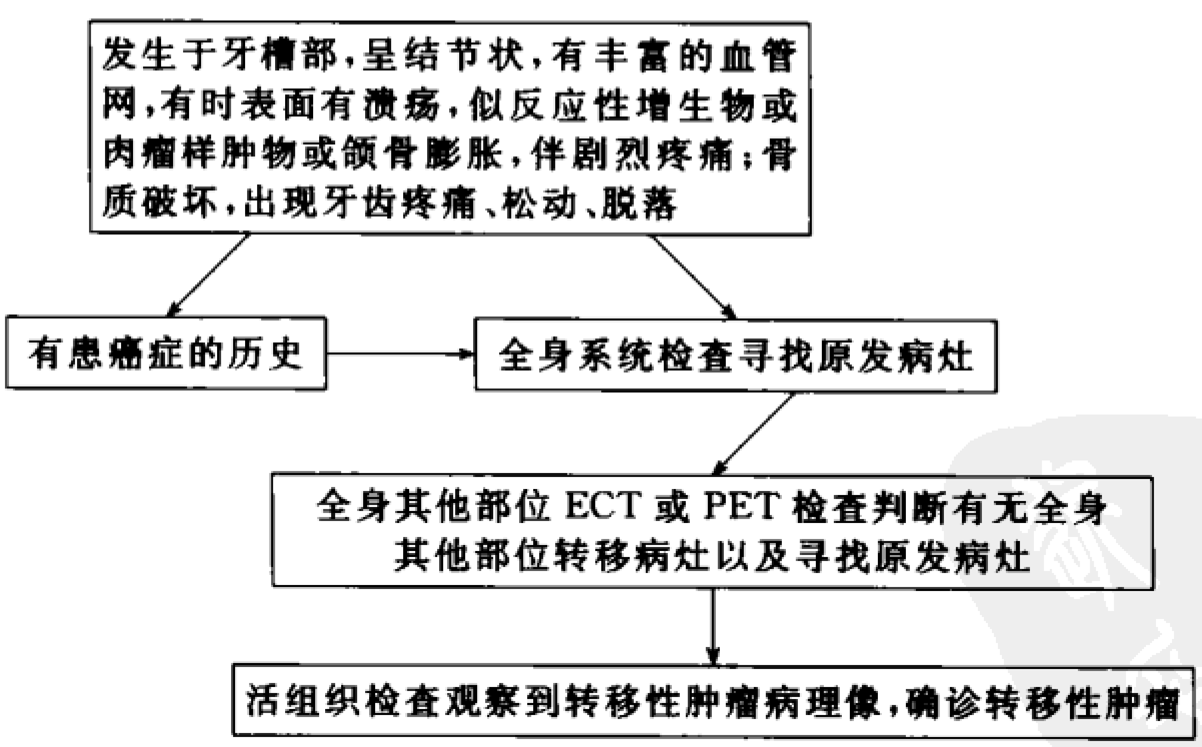
（3）颌面部、颈部以及全身其他部位MRI检查　对于软组织病变显示好，能充分显示病变全貌及立体定位，更清楚显示转移性肿瘤及原发病灶与肌肉、血管的关系。

（4）全身其他部位ECT或PET检查　对于判断有无全身其他部位转移病灶以及寻找原发病灶有价值。

5. 活组织检查

属定性检查，观察到转移性肿瘤病理像，为确诊的最重要依据，也是肿瘤治疗前的关键一步。根据镜下观察细胞形态、结构，确定肿瘤类型及分化程度。

（二）病情分析思路



（三）治疗方案

转移性肿瘤一般均属晚期病人，应以姑息治疗及全身治疗为主。局部可行放射治疗，然后化疗；对于能切除的病灶，应于手术后加用化疗。化疗药物应根据病理类型来选择。另外可配合中医中药、生物治疗等方法以延长生命。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

近年来，对病灶局限的转移性肿瘤，将放射性粒子如^{125}I植入瘤体内治疗，具有创伤小、治疗剂量均匀等优点。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

（刘　学　周伟东　徐　玲）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第六章　涎腺疾病

第一节　涎　石　病

一、概述

涎石病是指在涎腺的导管或者腺体内发生结石并引发的一系列临床表现的总称。结石出现于腺体或者导管内，导致涎液流出不畅，容易出现逆行性感染并引发腺体炎症和分泌障碍，甚至导致硬化性涎腺炎，从而出现一系列的临床病理改变。涎石病最好发的部位是颌下腺，偶发于腮腺，少见于舌下腺，罕见于小涎腺。因此，临床上描述的涎石病特点多数为颌下腺涎石病的特点。

二、查房内容

(一) 诊断依据

1. 临床表现

涎石病最好发于颌下腺，青壮年多见。病程从数天到数十年不等。症状及体征根据发病部位、病程阶段的不同出现不一样的表现。

在结石较小或者没有导管阻塞时，可能没有任何临床症状，而是在体检或者做其他诊疗时无意中发现涎石病。但是，当结石逐渐增大或者并发局部的感染、导管痉挛时，就会出现典型的“导管阻塞”症状，即进食后出现腺体肿大、胀痛，甚至绞痛。停止进食后，腺体逐渐复原，疼痛也随之减轻或者消失。个别阻塞严重的患者，上述现象可以持续数小时乃至数天。

2. 体征

① 结石。在导管的行径上或者腺体部位进行双合诊，可以触及从小米粒到花生米大小不等的结石样物，质地硬，表面光滑或者粗糙。有时候可以是多个，伴有明显的压痛。但是进行双合诊的时候必须从腺体部位或者导管的近心端开始，逐渐向远心端进行，以避免将结石推向腺体方向，增加手术取石的难度。

② 导管口黏膜红肿，挤压腺体可以见到少量的脓性分泌物溢出。结石近心端的导管可能有扩张、迂曲或变硬。

③ 腺体肿大，压痛明显。可以同时伴有淋巴结肿大。反复发作的病例可以出现腺体硬化，甚至呈现出瘤样改变。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 辅助检查

(1) 下颌横断咬合片　最常用，适用于颌下腺导管前份结石的检查。

(2) 颌下腺侧位片　适用于颌下腺导管后份及腺内结石的检查。

(3) 腮腺后前位片　可以显示腮腺导管或腺内结石。

(4) CT 或 MRI 检查　适用于常规 X 线技术无法显示、需要与其他疾病进行鉴别或者同时并发腺体其他疾病时。

(二) 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
导管阻塞症状	涎石病	导管结石形成，导管不完全阻塞	典型的进食后颌下区肿胀，伴“涎绞痛”	X 线片见到结石影像
	舌下腺肿瘤	压迫导管，导管不完全阻塞	典型的进食后颌下区肿痛少见，舌下腺区有肿物	X 线检查无结石影像
	口底肿瘤	少见压迫导管造成阻塞	肿瘤晚期可以阻塞导管，同时见到口底肿物或溃疡	病理学检查有助于鉴别

(三) 治疗方案

1. 保守治疗

对于很小的涎石，阻塞症状不明显者，首先考虑保守治疗。方法是嘱患者多进食酸性食物，促进唾液分泌，将有可能使得小结石自行排出。也可以由医生辅助，在患者进食酸性食物或者给予维生素 C 片含化后，由医生以手指自导管的近心段向开口处按摩推移结石排出。排出结石后，患者还要继续多进食酸性食物，冲刷导管，以利于局部炎症的消退。

2. 涎石摘除术

对于导管内较大结石，估计无法自行排出，腺体功能正常或基本正常者，并且结石位置利于切开取出的患者，可以考虑手术摘除导管内结石。

(1) 颌下腺导管结石摘除术　适用于能够扪及并准确定位，相当于下颌第 2 磨牙以前部位的结石。患者取半坐位，大开口。行局部浸润麻醉或者舌神经阻滞麻醉。以牙科镊夹住结石的近心端并固定结石，防止结石滑向腺体方向。然后在结石表面纵行切开导管，取出结石。冲洗导管腔，防止遗漏小的结石碎屑。导管切开处不需要缝合，可以任其自行愈合或者在局部形成新的开口。但是，俞光岩教授在他的《涎腺疾病》一书中提到，将导管的切开处缝合，重建导管可能更有利于颌下腺功能的恢复。理由有两点。①颌下腺分泌时需要一定的压力，正常的颌下腺导管较长，有一定压力，利于分泌液排出。②导管缩短后，更容易引发逆行感染，加重腺体的炎症反应，不利于其分泌功能的恢复。切开取石后，患者仍然要进食酸性食物，以冲刷导管，并保持导管通畅。

(2) 腮腺导管切开取石术　位于腮腺导管乳头附近的结石，可以在口腔内切

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

开导管乳头，取出结石。但是，需要助手在咬肌前缘以手指压迫导管并将结石推向导管开口方向。其余步骤与颌下腺导管结石取出术相同。对于位于咬肌表面的导管内的结石，则需要在导管表面切开皮肤及皮下组织，显露含有结石的导管段。纵行切开导管，取出结石。然后依次缝合导管壁、皮下组织及皮肤切口。为了防止可能的涎瘘形成，可以自开口处植入塑料管（硬膜外导管最好），越过手术切口处，留置1～2周取出。术后进食促进唾液分泌的食物。

（3）内镜取石术 国外有文献报道，可以借助颞下颌关节内镜进入导管取出较小的结石，损伤小，且避免了切开取石的后遗症（如导管口易位、导管狭窄等）。对于较大的结石，可以导入激光，粉碎结石后取出。这是一种比较有前途的方法。缺点是费用较高，基层医院难以开展。

3. 腺体及涎石切除术

对于结石位于颌下腺导管后端、腺体内，无法行涎石切除术者，考虑施行颌下腺及结石切除术。另外对于涎石病引发的颌下腺腺体分泌功能明显下降、腺体萎缩和腺体硬化，也是行颌下腺切除术的适应证。

三、中医会诊

痰湿风热结聚

［症状］ 涎腺处胀满疼痛，或红肿疼痛，颊部或舌下腺管开口处红肿，但无脓液溢出。或伴发热、口渴，小便黄，大便干结，舌红胖有瘀点，苔白黄微腻，脉弦滑。

［治则］ 升阳化痰软坚。

［方药］ 选用升阳调经汤加减。升麻3g，连翘15g，龙胆草10g，桔梗16g，黄连6g，三棱10g，莪术10g，黄芩10g，粉葛20g，昆布15g，法半夏15g，南星片16g，知母10g，甘草3g。

第二节 涎 腺 炎

涎腺炎是指由生物、物理及化学因素引发的涎腺导管及腺体的炎症性病变的总称。临床上最常见的是由细菌和病毒引起的炎症，这里限于篇幅，仅扼要叙述流行性腮腺炎、急性化脓性腮腺炎、慢性复发性腮腺炎及慢性阻塞性腮腺炎等几种疾病。

一、流行性腮腺炎

（一）概述

流行性腮腺炎，民间又称为“痄腮”，是由流行性腮腺炎病毒引起的急性传染性呼吸道疾病。其临床特点是腮腺的非化脓性炎症，偶尔会累及颌下腺、胰

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

腺、睾丸及中枢神经系统。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 病史 本病通过飞沫经呼吸道传染。人群对于本病有普遍的易感性，但是由于1岁以内的婴儿体内存在经过胎盘获得的特异性抗体，而相对不易感染。成人中有大约80%的人通过显性或隐性感染获得免疫力。因此临床上90%以上的病例年龄在1～15岁之间，尤其是5～9岁的儿童（约占60%以上）。男女比例为1.34∶1，性别差异不明显。成人患者中则以男性较多。患者一旦被感染过（包括显性和隐性感染）即可获得终身免疫，再次发病者极为少见。

(2) 临床表现 本病的潜伏期为8～30天，平均为18天。大多数患者无前驱症状，而以耳下部肿胀为最早的症状，少数病例有短暂的前驱症状（数小时至两天），可出现全身不适、食欲不振、倦怠、头痛、低热、咽喉肿痛等，随后出现腮腺症状。

① 腮腺炎。起病较急，除了腮腺区明显肿痛外，还伴有发热、寒战、头痛、咽痛、食欲不振、恶心、呕吐、全身疼痛等。发热自38～40℃，成人患者较严重。腮腺区肿胀多数首先出现在一侧。表现为以耳垂为中心，腮腺边界不清，质地稍韧，压痛明显，局部皮温高但是红不明显。进食及张口时疼痛加重。腮腺导管口可以见到红肿，但是导管内液体清亮无混浊。通常一侧腮腺肿痛1～4天后累及对侧。颌下腺及舌下腺也可同时被累及。腮腺肿胀大多于1～3天后达到高峰，持续4～5天后逐渐消退。整个病程为10～14天。不典型病例可以没有腮腺肿胀而以单纯睾丸炎或脑膜炎的症状出现，也有仅见颌下腺及舌下腺肿胀者。

② 无菌性脑膜炎、脑膜脑炎、脑炎。多见于儿童患者，男孩多于女孩。脑膜炎是本病第二常见临床表现，约占发病病例的15%。可以在腮腺肿大前6天至肿大后2周出现，多数出现于腮腺肿胀后1周内。表现为无菌性脑膜炎症状，脑脊液内白细胞计数升高等。预后多良好，罕见死亡病例，一般不会遗留后遗症。

③ 睾丸炎。大约占成人患者的14%～35%，一般13～14岁后发病率增高。常常发生于腮腺肿大1周左右，肿大开始消退时，又复出现高热、寒战、睾丸肿痛，约在10天左右消退。1/3～1/2的病例发生不同程度的睾丸萎缩，但是极少导致不育症。

④ 卵巢炎。占成年女性患者的5%～7%左右。症状较轻，表现为腰部、下腹部酸痛、压痛等，未见到影响生育的报道。

⑤ 其他表现。偶见到并发胰腺炎、肾炎、心肌炎、乳腺炎甚至神经性耳聋等的病例，但是发病率低，这里不进一步讨论。

(3) 实验室检查 血白细胞大多正常或稍增加，淋巴细胞相对增多。有并发症时白细胞增高。血清及尿淀粉酶轻度或中度升高，有助于流行性腮腺炎的诊

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

断。免疫学检查（如补体结合实验）及病毒学检查（病毒分离、病毒 RNA 监测）有助于确定病原，对于不典型病例有很重要的诊断价值。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾　病	病　因	临 床 表 现	相 关 检 查
腮腺区肿痛	流行性腮腺炎	流行性腮腺炎病毒感染	儿童多见，有接触史，急性起病，双侧腮腺弥漫性肿痛，伴高热；导管口液体清亮	白细胞不高，血清淀粉酶升高明显
	化脓性腮腺炎	化脓性细菌感染	常为一侧发病，局部触痛明显，导管口有脓性分泌物流出，可伴发热	白细胞明显升高，伴核左移，血清淀粉酶可轻度升高
	腮腺淋巴结炎	腮腺区淋巴结化脓性感染	常为一侧发病，肿痛的范围局限；导管口液体清亮；有或无发热	白细胞轻度升高，血清淀粉酶正常

3. 治疗方案

（1）一般治疗　首先要隔离患者或者劝阻患者出现于公共场所，敦促其卧床休息直到腮腺肿胀完全消退。注意口腔卫生，饮食以流质及半流质为宜。避免酸性食物，以免加重疼痛。多饮水，保证液体摄入量。

（2）抗病毒治疗　包括干扰素、利巴韦林（病毒唑）、阿昔洛韦等。也可以口服板蓝根冲剂、复方大青叶合剂等。在可能并发细菌感染的情况下，考虑选用抗生素类药物。

（3）糖皮质激素治疗　本病为病毒感染，使用糖皮质激素有害无益。除非并发脑膜炎、心肌炎等严重并发症，一般不考虑使用。

（4）对症处理　对于高热、头痛等症状，可以使用非甾体抗炎药。

（三）中医会诊

1. 风温轻证

［症状］　轻微发热或无热，咽红，头痛，一侧或两侧耳下腮部漫肿疼痛，咀嚼不便，舌质红，苔薄白，脉浮数。

［治则］　清热疏风，消肿散结。

［方药］　选用银翘散加减，金银花 10g，连翘 10g，牛蒡子 10g，夏枯草 10g，蒲公英 10g，板蓝根 15g，桔梗 10g，生甘草 6g，薄荷（后下）5g。

［加减］　热甚加龙胆 10g、生石膏（先煎）10g；咽痛加马勃 10g、鸭跖草 10g；腮腺肿甚加黄芩 10g、芦根 10g。

2. 风温重证

［症状］　腮部漫肿，胀痛，坚硬拒按，咀嚼困难，壮热烦躁，头痛，口渴饮

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

水，咽红肿痛，舌质红，苔黄，脉数。

［治则］ 清热解毒，软坚散结。

［方药］ 选用普济消毒饮加减。黄芩 10g，连翘 10g，牛蒡子 10g，玄参 10g，僵蚕 10g，夏枯草 10g，板蓝根 10g，蒲公英 15g，马勃 6g，薄荷（后下）5g。

［加减］ 高热加生石膏（先煎）10g、大青叶 10g、栀子 10g；硬结不散加海藻 10g、昆布 10g；大便秘结加芒硝（冲）10g、生大黄（后下）3g。

3. 邪陷心肝（并发脑膜脑炎）

［症状］ 腮腺尚未肿大或腮腺肿后 5～7 日，骤然壮热，头痛项强，甚则嗜睡，昏迷，抽搐，舌质红绛，脉数。

［治则］ 平肝熄风，解毒开窍。

［方药］ 选用羚角钩藤汤加减。羚羊角（先煎）1g，钩藤 10g，僵蚕 10g，胆南星 10g，玄参 10g，石菖蒲 10g，龙胆 10g，大青叶 10g，全蝎 1g，蝉蜕 5g。

［加减］ 抽搐加羚羊角粉或紫雪丹另服。昏迷、痰多鼻饲安宫牛黄丸。

4. 邪毒引睾（并发睾丸炎）

［症状］ 年长体弱男孩多见，一侧或两侧睾丸肿痛，行走有沉重坠胀感，伴发热、恶寒，尿短赤，舌质红，苔薄黄。

［治则］ 清泄湿热，活血消肿。

［方药］ 选用龙胆泻肝汤加减。栀子 10g，黄芩 10g，柴胡 10g，泽泻 10g，当归 10g，赤芍 10g，龙胆 10g，生甘草 5g。

［加减］ 睾丸肿剧加川楝子 10g、橘核 10g；鞘膜积液加茯苓 10g、车前子（包）10g、荔枝核 10g。

5. 邪壅少阳（并发胰腺炎）

［症状］ 大都在腮腺肿大 1 周内发生，严重者呈突发性上腹剧痛，拒按，恶杂发热，呕吐，腹胀，腹泻或便秘。轻者患儿仅有上腹隐痛。

［治则］ 疏肝理气通结。

［方药］ 选用大柴胡汤加减。柴胡 10g，川楝子 10g，栀子 10g，郁金 10g，赤芍 10g，黄芩 10g，半夏 10g，枳实 10g，生大黄（后下）3g。

［加减］ 睾丸肿甚者，加荔枝核 10g、延胡索 10g；腹痛甚加青皮 10g、延胡索 10g。

二、急性化脓性腮腺炎

（一）概述

急性化脓性腮腺炎是指发生于腮腺的急性化脓性感染，其病原体最常见的是金黄色葡萄球菌，其次是链球菌、肺炎球菌及 Vencent 螺旋体等。急性化脓性腮腺炎主要是唾液分泌减少后逆行感染引发的，见于全身性疾病如急性传染病、脓毒血症、严重代谢紊乱、大型手术后等。上述情况下，患者机体抵抗力下降，脱

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

水、进食减少，腮腺分泌功能下降。导致口腔内细菌逆行性感染引发本病。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现　多数病例为单侧腮腺受累，双侧同时发生者少见。病变早期，出现腮腺区肿痛、导管口红肿但是没有脓性分泌物溢出。随着病情的进一步发展，进入化脓期。表现为腮腺区肿痛加重，呈持续性跳痛。皮肤红肿，腮腺质地硬，压痛明显。导管口红肿明显，挤压腮腺可见到脓性分泌物自导管口流出。全身中毒症状变得明显。由于腮腺咬肌筋膜非常致密，并且有大量纤维分隔纵行穿过腺体，将腮腺分成若干个小叶，腮腺化脓后不能融合成较大脓腔，所以，临床上有凹陷性水肿，但是很难查到波动感。可以伴有张口受限，但是面神经受累的病例少见。如果感染扩散到周围的结缔组织间隙，则出现相应的临床征象。

（2）实验室检查　血常规示白细胞升高，中性粒细胞升高；血沉加快。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾　病	病　因	临床表现	相关检查
腮腺区肿痛	流行性腮腺炎	流行性腮腺炎病毒感染	儿童多见，有接触史，急性起病，双侧腮腺弥漫性肿痛，伴高热；导管口液体清亮	白细胞不高，血清淀粉酶升高明显
	化脓性腮腺炎	化脓性细菌感染	常为一侧发病，局部触痛明显，导管口有脓性分泌物流出；可伴发热	白细胞明显升高，伴核左移，血清淀粉酶可轻度升高

3. 治疗方案

（1）针对诱因进行治疗　本病源于腮腺分泌减少而引发的逆行感染，所以，针对引起腮腺分泌减少的原因进行治疗非常重要。包括纠正水、电解质紊乱，酸碱平衡失调，维持机体内环境稳定及营养支持疗法。同时，多饮水及酸性饮料，促进唾液分泌。并注意保持口腔卫生。

（2）及时、有效、足量、彻底的抗生素治疗　针对本病常见致病菌选用抗革兰阳性球菌的抗生素及抗 Vencent 螺旋体药物，如头孢菌素及甲硝唑等。并同时自导管口取脓性分泌物做细菌培养＋药物敏感试验，以进一步指导抗生素的选用。使用时间至炎症完全消退后 3～5 天。

（3）切开引流　急性化脓性腮腺炎进入化脓期后，则必须切开引流。

① 指征。

a. 局部有明显的凹陷性水肿。

b. 局部跳痛并有局限性压痛点，穿刺抽出脓液。

c. 腮腺导管口有脓液排出，全身中毒症状明显。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

②方法。局部麻醉后，在颌后窝，下颌升支后缘处，纵行切开皮肤、皮下组织及腮腺被膜，以弯血管钳进入腮腺实质的脓腔中分离。注意从多个方向分离，将多个脓腔分开形成一个脓腔，以利于引流。冲洗后放置橡皮引流条。每日换药直至痊愈。临床上罕见因为腮腺脓肿切开引流而引发涎瘘者。

4. 医嘱示范

长期医嘱	临时医嘱
口腔科护理常规	血常规＋出血、凝血时间
三级护理	尿常规
普通饮食	便常规
淡盐水、氯己定/甲硝唑(口泰)或苏打溶液等漱口,1日多次	肝功能、肾功能
维生素C,含服,1日6次	电解质(钾、钠、氯、钙)
青霉素(640～800)万单位 5%葡萄糖氯化钠500ml　iv drip,qd (A.S.T)	乙型肝炎两对半
	血型
或青霉素80万单位　im,bid(A.S.T)	全胸片
	脓液培养及药敏试验(必要时)
	术前医嘱
	局麻下行右侧腮腺脓肿切开引流术
	备皮
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g 阿托品0.5mg　im,术前30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科局麻术后护理常规	血常规
二级护理	电解质(钾、钠、氯、钙)
半流质饮食	
换药,qd	
氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口液)漱口,tid	
青霉素80万单位　im,bid	
或青霉素(640～800)万单位 5%葡萄糖氯化钠500ml　iv drip,qd	

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(三) 中医会诊

1. 初期

[症状] 腮腺区稍肿胀、疼痛，逐渐加剧；全身见恶寒发热，头痛，口干；舌质红，苔薄黄，脉浮数。

[治则] 疏风清热，解毒消肿。

[方药] 选用连翘败毒散。连翘6g，栀子6g，羌活10g，玄参10g，薄荷6g，防风6g，柴胡6g，桔梗6g，升麻6g，川芎6g，当归10g，黄芩6g，芍药10g，牛蒡子6g。

2. 中期（成脓期）

[症状] 腮腺区肿胀疼痛剧烈，呈持续性跳痛，局部皮红灼热，触痛明显，呈硬性浸润，导管口红肿，挤压腮部有脓液自管口溢出，重者邪毒走窜，肿及同侧眼、颊、颈等处，致睁眼难开，张口困难，甚则肿及咽喉，痰涌气堵，汤水难咽；全身可伴高热烦渴，口臭，便结；舌质红绛，苔黄腻或糙，脉洪数。

[治则] 清热解毒，活血消肿。

[方药] 选用仙方活命饮。金银花10g，白芷6g，贝母10g，防风6g，芍药10g，当归尾6g，皂角刺1g，穿山甲6g，天花粉10g，乳香6g，没药6g，陈皮6g，甘草3g。

3. 后期

[症状] 脓肿破溃，出脓臭秽，随之肿痛缓解，身热下降，若脓出不畅，邪毒走窜，则高热不退，并可出现痰阻气道，呼吸吞咽不利；舌质红绛，苔黄糙，脉细数。

[治则] 清营解毒，透脓生肌。

[方药] 选用清营汤。水牛角15g，生地黄10g，玄参10g，竹叶10g，麦冬10g，丹参10g，黄连3g，金银花10g，连翘6g。

三、慢性复发性腮腺炎

(一) 概述

慢性复发性腮腺炎临床上较为常见，儿童及成人都可以发生。其特点是，腮腺慢性炎症反复发作。慢性复发性腮腺炎可能是多种因素综合作用的结果，可能与下列因素有关。

① 先天性发育不全。研究表明，该病的发生可能与先天性结构异常和免疫缺陷有关。

② 自体免疫功能异常。患有该病的患儿常有变态反应病史，并且可能与腮腺肿胀同时发生。提示免疫功能不正常。并且，成年后，免疫功能发育成熟后，该病可以自行痊愈。

③ 细菌的逆行感染。有学者认为，儿童期复发性腮腺炎是有细菌反复逆行感染所致。上呼吸道感染及口腔内病灶可能是诱发因素。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

④ 成年人复发性腮腺炎是由儿童复发性腮腺炎迁延而来。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现　儿童复发性腮腺炎的发病年龄1～15岁不等，以5岁左右最为常见。男童多见。俞光岩教授提到，发病的男女比例为1.7∶1。起病可以突发，亦可缓慢发病。主要表现是，腮腺反复轻度或中度肿胀，伴有局部不适。皮肤潮红，可以伴有轻度水肿，触压时可有疼痛。挤压腮腺可以见到腮腺导管口有脓液或者胶冻样液体流出，特别是后者是其明显特征。如果出现急性发作，表现类似于急性化脓性腮腺炎。反复发作是其另一个重要特点，发作间隔数周到数月不等，年龄越小发作越频繁。随着年龄的增长，发作次数逐渐减少并且症状越来越轻。青春期过后，绝大多数病例会自愈，只有少数病历迁延不愈，演变为成人慢性复发性腮腺炎。

（2）辅助检查　复发性腮腺炎的腮腺造影特征为主导管及腺内导管正常，末梢导管呈现点状、球状扩张，伴有排空延迟。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临床表现	相关检查
腮腺区反复肿胀	慢性复发性腮腺炎	先天性发育异常、逆行感染、免疫缺陷等	反复发作的腮腺区肿胀；儿童多见；导管口溢出胶冻样分泌物	腮腺造影见主导管正常，末梢导管点状、球状扩张
	慢性阻塞性腮腺炎	导管损伤、结石或异物等造成导管引流不畅	进食后腮腺肿痛；成人多见；导管口见雪花样分泌物	腮腺造影见主导管或分支导管呈“腊肠样”扩张

3. 治疗方案

① 由于复发性腮腺炎具有青春期后自愈的特点，并且局部症状不是十分严重，对于该病的治疗应该以增强局部抵抗力，防止继发感染和减少发作次数为原则。

② 嘱患者多饮水，每天自行按摩腮腺，帮助唾液排空。

③ 保持口腔卫生。

④ 加强锻炼，防止上呼吸道感染。

⑤ 腮腺区理疗促进局部炎症消退等。

⑥ 如果出现急性发作，治疗类似于急性化脓性腮腺炎。

（三）中医会诊

［症状］　腮腺区肿胀、疼痛反复发作，日久不愈，有时发作与进食有关，晨起轻压腮腺，有脓液自导管口溢出；可伴口干且黏腻，口臭，纳差，脘腹胀满；舌淡红，苔腻，脉滑数。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［治则］ 清胃泄热，祛湿消肿。

［方药］ 选用黄芩滑石汤。黄芩 6g，滑石 10g，茯苓皮 10g，大腹皮 6g，豆蔻（白蔻仁）10g，通草 3g，猪苓 10g。

四、慢性阻塞性腮腺炎

（一）概述

慢性阻塞性腮腺炎又称为腮腺管炎。大多数患者是由于局部因素引起的。如各种原因的导管口损伤、导管结石或异物等。导管阻塞后，唾液排出不畅而淤积于导管内，造成阻塞部位远端的导管扩张，进而引发腺体萎缩是慢性阻塞性腮腺炎的主要临床病理特征。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现 患者多数为成年人，中年为发病最高峰。男性多于女性。多数累及单侧，少数为双侧发病。主诉症状为反复发作的腮腺肿胀。半数出现于进食后；部分患者发病与进食关系不明确；还有患者晨起感觉腮腺肿胀不适，按压腮腺后口内有异味液体流出后症状缓解。发作的间隔不定，次数少者可达 1 年以上 1 次，多少病例发作次数超过每月 1 次。

体征见腮腺稍大，质地偏韧，可有轻微压痛。导管口红肿，挤压腮腺可见到导管口有混浊的雪花样液体是其特征性表现。偶可触及变硬的腮腺导管。由于结石引发的病例可以触及结石样物。

（2）X 线检查 腮腺逆行造影显示主导管、分支导管部分狭窄、部分扩张，呈现特征性的“腊肠样”改变。个别病例伴有“点状扩张”。

2. 治疗方案

治疗的第一步是去除发病因素，有涎石者，行涎石取出术；导管狭窄者，行导管扩张术。也可自行按摩腮腺，促进唾液排出；进食酸性食物，促进唾液分泌。逆行感染者给予抗生素治疗。但是如果保守治疗无效，则需要考虑手术治疗。

（1）导管结扎术 手术在口腔内进行。手术前通过进食酸性食物（或药物，如维生素 C 片等）促进唾液分泌，冲刷导管。在腮腺导管口周围做梭型切口，显露导管后，钳夹导管口远心端，切除导管开口段并结扎，缝合黏膜切口。术后给予阿托品口服并行腮腺区加压包扎。必要时辅以小剂量放疗促进腮腺萎缩。

（2）腮腺全切＋面神经解剖术 在各种保守治疗无效及导管结扎术失败后，可以考虑行保留面神经的腮腺全切术。由于腺体长期的炎症反应，可能会存在腺体与面神经粘连较重的情况，术前应该有充分的思想准备。

（三）中医会诊

本病中医无相关论述。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第三节 涎腺肿瘤和类肿瘤病变

一、涎腺良性肿瘤

（一）概述

发生于涎腺的肿瘤是涎腺最常见的疾病，其中绝大多数为上皮性肿瘤，间叶性肿瘤比较少见，并且与其他部位的间叶性肿瘤差别不大，所以讨论的重点是涎腺的上皮性肿瘤。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现　涎腺良性肿瘤所占的比例较高。良性肿瘤在临床上表现为生长缓慢的无痛性肿块，活动度较好，与周围组织无粘连，不侵犯神经，极少引发功能障碍，大小从数毫米到数十厘米不等。以多形性腺瘤最为常见，其次是Warthin瘤和基底细胞腺瘤。但是由于良性肿瘤包膜常不完整，特别是多形性腺瘤，手术不当，容易造成种植及复发，所以有“良性不良”的提法。临床上每种肿瘤又各具特点。

① 多形性腺瘤。多形性腺瘤又称为混合瘤，为最常见的涎腺肿瘤。有资料显示，多形性腺瘤占所有上皮性肿瘤的47.75%～53.90%。发生部位以腮腺最多，占58%～84%，其次是小涎腺（特别是腭部），再次是颌下腺，占8%～13%，舌下腺少见。早期为无痛性肿块，持续缓慢生长，病史从数周到数十年不等，大小从数毫米到数十厘米。发生于腮腺浅叶、颌下腺及口腔内小涎腺者，容易早期发现。发生于腮腺深叶者比较隐蔽，不易发现。有时候会突向咽部，造成咽部膨隆、咽部异物感，甚至吞咽困难。查体见肿瘤质地中等，表面光滑或结节状，活动度较好，表面的皮肤或者黏膜色泽及温度正常。不伴有神经受累症状。

② 肌上皮瘤。肌上皮瘤是完全或者几乎完全由肌上皮细胞组成的涎腺肿瘤，WHO将其从多形性腺瘤中独立出来，列为一类，但是少数学者仍然认为其是多形性腺瘤中的一个特殊类型。由于该类肿瘤近十几年来才被充分认识，所以系统的报道较少。临床上表现类似于多形性腺瘤，为无痛性肿块，缓慢生长，表面光滑，质地较硬，边界清楚，被覆的皮肤或黏膜色泽正常，无面神经受累症状等。细针穿刺细胞学诊断也难以与多形性腺瘤区分。

③ 基底细胞腺瘤。基底细胞腺瘤是最常见的单形性腺瘤之一。约占涎腺上皮性肿瘤的2%。好发于中年人群。发病部位以腮腺最为常见，国外报道，腮腺占70%，小涎腺占30%。吴奇光教授的资料显示腮腺占84.3%。临床上常表现为无痛性逐渐增大的包块，少数病例出现轻微疼痛或者有近期生长加快病史。小涎腺肿瘤表现为黏膜下结节，边界清楚。腮腺肿瘤多位于浅叶，表面光滑，一般

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

体积不大，在 2～3cm 之间。无面神经受累症状。

④ Warthin 瘤。Warthin 瘤过去曾被称为“腺淋巴瘤”，因为极易与淋巴瘤混淆，1991 年 WHO 的新分类中将其命名为现在的名称。该肿瘤是最常见的涎腺良性肿瘤之一，约占所有涎腺上皮性肿瘤的 12.5%。男女发病比例高达 6.1∶1。50 岁以上老年人多见。发病部位主要集中于腮腺后下极，占 80.6%。发生于颌下腺及小涎腺的病例非常少见。该病还有多中心发病的特点，双侧 Warthin 瘤及同侧多发肿瘤亦很常见。表现为肿瘤生长缓慢，病程长短不一，从 1 天到 50 年，平均 2 年 9 个月。部分病例出现明显疼痛症状，有 22%的患者会出现程度不同的胀痛感。个别病例出现剧痛。超过 10%的病例为双侧腮腺发病，同侧出现多个病灶者也不罕见。扪诊肿瘤质地较软，表面光滑，边界清楚，可有轻压痛；如果发生囊性变可以扪及波动感。罕见面神经受累症状。肿瘤较大且囊性变者穿刺可以抽出黏稠的咖啡色液体。^{99m}Tc 腮腺扫描，肿瘤表现为“热结节”，具有诊断价值。细针穿刺细胞学检查有一定诊断价值。

（2）辅助检查　绝大多数病例可以通过病史及查体获得初步诊断。细针穿刺细胞学检查可以基本确立多形性腺瘤的诊断，但是不同机构报道的准确率有差异。最后确诊还需要术后病理结果。但是对于腮腺深叶、颌下腺较大肿瘤、腭部巨大肿瘤患者可以考虑行 CT 扫描甚至 CT 增强扫描，以确定其与颈内动静脉、颈外动脉、颌骨及上颌窦等重要结构的关系，有利于指导手术方案的制定。

2. 鉴别诊断

疾病征象	疾　病	病　因	临 床 表 现	相 关 检 查
涎腺区肿块	Warthin 瘤	不详，可能与淋巴组织有关	好发于中老年男性，常见于腮腺下极，质地较软，具有多灶性	^{99m}Tc 扫描呈现“热结节”
	其他良性肿瘤（包括多形性腺瘤）	不详	局部无痛性肿物，生长缓慢，质地中等，边界清楚，不伴功能障碍	影像学检查可见呈现良性肿瘤表现；细针穿刺有助于鉴别
	原发恶性肿瘤	不详	局部肿物，质地硬，伴疼痛或溃疡；生长快，常出现神经受累症状，可发生区域性或远处转移	影像学检查可以提示恶性肿瘤可能；细针穿刺有助于诊断
	转移性肿瘤	其他部位恶性肿瘤转移至头面部	局部肿物，质地较硬，可以查到原发病灶	全身系统检查可以证实原发灶存在

3. 治疗方案

由于腮腺肿瘤包膜不完整，切勿单侧沿包膜剥离肿瘤。腮腺浅叶的肿瘤应行

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

肿瘤及腮腺浅叶切除＋面神经解剖术；腮腺深叶肿瘤应行肿瘤及全腮腺切除＋面神经解剖术。由于 Warthin 瘤多发生于腮腺下极，可行保留导管的区域性腮腺切除＋面神经解剖术。

4. 医嘱示范

长 期 医 嘱	临 时 医 嘱
口腔科护理常规	血常规、尿常规、便常规
三级护理	出血、凝血时间
普通饮食	肝功能、肾功能
	电解质(钾、钠、氯、钙)
	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体
	全胸片＋心电图
	术 前 医 嘱
	局麻下行右侧腮腺浅叶及肿瘤切除术＋面神经解剖术
	术区备皮
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g 阿托品 0.5mg　im，术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科局麻术后护理常规	血常规
青霉素 640 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　iv drip，qd	氨甲苯酸(止血芳酸)0.1g 5%葡萄糖氯化钠 250ml　iv drip，qd
二级护理	
半流质饮食	

(三) 中医会诊

本病中医无相关论述。

二、涎腺恶性肿瘤

(一) 概述

恶性肿瘤相对于良性肿瘤而言，临床上生长较快，可呈浸润性生长，与周围组织有粘连甚至侵犯神经组织，并且引起神经功能障碍，表现为面瘫、舌麻木、舌运动障碍等。亦可发生颈部淋巴结转移和远处转移。根据涎腺恶性肿瘤

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

的生物学行为，可以分为高度恶性及低度恶性两种类型，同时，某些肿瘤还可以细分为高分化、（中分化、）低分化等不同亚类。鳞状细胞癌、未分化癌、低分化黏液表皮样癌属于高度恶性肿瘤；腺泡细胞癌、高分化黏液表皮样癌、上皮-肌上皮癌等属于低度恶性肿瘤。而腺样囊性癌，生长缓慢，即使出现远处转移也可能带瘤生存 20 年以上，类似于良性肿瘤；但是其浸润性生长、侵犯神经并早期发生远处转移的特征又呈现高度恶性肿瘤表现。但是总的来说，涎腺的恶性肿瘤与其他来源的恶性肿瘤相比，其预后相对较好，因此临床上又有“恶性不恶”的说法。

（二）查房内容

1. 诊断依据

（1）临床表现

① 黏液表皮样癌。黏液表皮样癌是涎腺最常见的恶性肿瘤，占全部涎腺上皮性肿瘤的 10%，并且占涎腺恶性肿瘤的 30%左右。大涎腺肿瘤中 90%发生于腮腺，其余的发生于颌下腺；小涎腺肿瘤多发生于腭腺，其次是磨牙后腺、舌腺、唇腺及颊腺等。黏液表皮样癌又可以分为高分化及低分化两种类型。高分化黏液表皮样癌属于低度恶性肿瘤。临床上与多形性腺瘤的表现类似，多数以局部无痛性肿块就诊。病史长短不一，但是相当多病例超过 10 年。肿物大小 1～10cm 不等。发生于腮腺者，肿物形态可以不规则，质地偏硬，少数囊性者可以抽出淡黄色液体，面神经受累症状罕见。腭部及磨牙后区的黏液表皮样癌外观呈现淡蓝色，黏膜色泽正常，质地偏软，穿刺有时候可以抽出黏液样物。

低分化黏液表皮样癌生长迅速，多数患者在 1 年之内就诊。与正常组织边界不清晰，相对固定。半数以上出现疼痛、溃破及神经受累症状；发生于腮腺者出现面神经麻痹，发生于颌下腺者出现舌尖麻木和/或舌体运动受限症状。部分患者初次就诊就可以出现颈部淋巴结肿大。

② 腺泡细胞癌。腺泡细胞癌曾经被称为腺泡细胞瘤，1991 年在 WHO 新分类中命名为腺泡细胞癌，属于低度恶性肿瘤。其发生率占涎腺上皮性肿瘤的 2.5%，最常见于腮腺，约为 90%，占全部腮腺恶性肿瘤的 18%；并且部分出现于双侧腮腺，其双侧发生率仅次于 Warthin 瘤。偶见于颌下腺和小涎腺。发病的高峰年龄为 50～60 岁。大多数病例无自觉症状，但是有 1/3 的患者可以伴有疼痛。部分病例有近期生长加快病史。自发病到就诊的时间从数天到数十年。

③ 腺样囊性癌。腺样囊性癌是口腔颌面部最具有特征性的恶性肿瘤，也是最常见的恶性肿瘤之一，其发生率仅次于黏液表皮样癌而位居第二位。占涎腺上皮性肿瘤的 10%，涎腺癌的 1/5～1/4。过去，该病曾被称为“圆柱瘤（cylindroma）”，容易误为良性肿瘤，1991 年后，WHO 统一命名为腺样囊性癌。

a. 可以发生于任何年龄，但是以中年、青年人最多，其中在 31～50 岁年龄段较为集中。女性多于男性，男女比例为 1∶1.7。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

b. 小涎腺的发生率高于大涎腺。腭部最常见，其次为颌下腺，然后依次为上颌窦、舌、鼻腔及唇部等。舌下腺一旦发生肿瘤，极有可能是腺样囊性癌。

c. 临床上表现为缓慢生长的肿块，病期较长。北京大学口腔医院的资料显示，平均病期3.5年，最长者达到20年。包块质地、边界甚至活动度等与多形性腺瘤类似。但是发生于小涎腺者，表面被覆黏膜可有充血及毛细血管扩张现象。发生与腮腺及颌下腺者，偶可见到局部皮肤发红现象，但是要注意排除人为因素，如患者习惯性触摸、查体触诊后等。

d. 疼痛是腺样囊性癌的突出症状，常常为患者就诊的第一主诉。疼痛可以是自发性，也可以是压痛或轻触痛。可局限于局部，也可放射到其他部位。

e. 具有很强的"嗜神经性"，早期侵犯神经，出现神经受累症状。原发腮腺者，早期出现面神经麻痹；原发颌下腺及舌下腺者，出现舌体麻木或舌体运动障碍；原发于腭部者可以出现腭部麻木、增厚的感觉等。同时沿受累的血管神经束扩散，实际边界常常超出肉眼可见范围。

f. 远处转移率高，可达40%以上。最常见部位是肺脏，其次是肝脏、骨骼等。但是带瘤生存率高。

g. 区域性淋巴结转移率较低，不足10%，并且出现较晚。

④ 腺癌。临床上大多以无痛性包块就诊。个别出现局部疼痛及面神经受累症状。病程多在1年以内。肿物大小不等，常与周围组织粘连，边界不清，相对固定。被覆的皮肤粘膜可以出现溃疡。侵犯邻近组织引起相应的临床表现。近半数病例出现颈部淋巴结转移。远处转移不罕见。

⑤ 鳞状细胞癌。涎腺鳞状细胞癌是指原发于涎腺的鳞状细胞癌，其组织来源可能是涎腺组织内化生的鳞状上皮。最好发于腮腺，颌下腺次之，小涎腺罕见。常见于中老年人，发病高峰在50～70岁之间。常以生长较快的疼痛性包块或者溃疡就诊。病史多数在半年之内。体征见肿块形态欠规则，表面不光滑，质地坚硬，活动度差。溃疡则呈火山口状。原发于腮腺者常累及面神经；颌下腺者累及舌神经甚至舌下神经。并容易侵犯肌肉及颌骨引起相应的临床症状。颈部淋巴结转移率高，常出现颈部淋巴结肿大，并波及多个组群。

(2) 体征　肿瘤呈圆形或卵圆形，质地较硬，边界清楚（后期可以不清楚）。早期活动，发生粘连后变得固定。少数出现压痛。约有10%的病例可以出现面神经受累症状。淋巴结转移少见。偶见远处转移。

(3) 辅助检查　B超检查有助于判断肿瘤大小、边界及性质；CT可确定肿瘤周界及与周围血管的关系。细针穿刺细胞学检查有利于术前确立诊断。

2. 鉴别诊断

参见"涎腺良性肿瘤"。

3. 治疗方案

(1) 治疗原则　治疗应采取以手术为主的综合治疗。手术方式是局部广泛切

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

除加治疗性或选择性颈淋巴结清扫术，术中不强调保留神经（包括面神经、舌神经及舌下神经等）。术后辅以原发部位及区域性淋巴结放疗。

（2）治疗措施

① 黏液表皮样癌。局部彻底手术切除仍然是治愈黏液表皮样癌的关键。手术中严格遵循“无瘤原则”对于防止术后复发非常重要。发生于腮腺的黏液表皮样癌，如果没有累及面神经，应予以保留；如果与面神经粘连但是可以分离者，尽可能保留面神经，术后需要辅以放射治疗。如系低分化黏液表皮样癌，考虑切除面神经，并行面神经吻合或移植术。

② 腺泡细胞癌。以局部广泛切除术作为治疗的关键步骤。所以保留面神经的腮腺全切术应该作为治疗腮腺腺泡细胞癌的常规术式。如果与面神经粘连，则不必勉强保留神经，以免造成肿瘤复发。与其他组织粘连时，也要以彻底切除肿瘤为原则。发生于颌下腺的肿瘤需要行颌下腺切除术（根据情况决定是否保留舌神经和/或舌下神经）。小涎腺的腺泡细胞癌则要局部扩大切除。对于颈部淋巴结肿大怀疑有转移者，行治疗性颈淋巴结清扫术；无明确转移征象者，不主张行选择性颈淋巴结清扫术。术后加用放射治疗，特别是对于较晚期病例，有助于提高临床治愈率。

③ 腺样囊性癌。对于腺样囊性癌的治疗强调以手术为主的综合治疗。手术治疗的关键是局部广泛切除，包括累及的软组织、颌骨、神经及血管等。特别是其“嗜神经性”，需要对累及的神经行“特殊处理”。

a. 发生于腭部者，特别是软腭、硬腭交界处的肿瘤，应行包括翼突在内的整块切除，以保证完整切除腭大孔血管神经束。

b. 发生于颌下腺者，切除范围包括舌神经，如果与舌下神经粘连，亦予以切除。

c. 发生在舌下腺者，除了局部扩大切除软腭、硬组织外，特别要追踪切除舌神经。

d. 发生在腮腺的腺样囊性癌，即使没有累及面神经，也不强求保留，以免造成复发。结合腺样囊性癌淋巴结转移率较低的特点，绝大多数病例除治疗性颈淋巴结清扫术外，不主张行选择性颈淋巴结清扫术。

④ 腺癌。属于高度恶性肿瘤，临床上主张以手术为主的综合治疗。第一次手术方式的选择尤为重要。手术宜采用局部广泛切除加选择性或治疗性颈淋巴结清扫术。发生在腮腺者，一般需要牺牲面神经；颌下腺者，则要切除舌神经，并广泛切除受累的软组织及颌骨等。术后辅以原发部位及区域性淋巴结放疗，可以显著提高患者的生存率。

⑤ 涎腺鳞状细胞癌。为高度恶性肿瘤，治疗应采取以手术为主的综合治疗。手术方式是局部广泛切除加治疗性或选择性颈淋巴结清扫术，术中不强调保留神经（包括面神经、舌神经及舌下神经等）。术后辅以原发部位及区域性淋巴结放疗。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4. 医嘱示范

长期医嘱	临时医嘱	
口腔科护理常规	血常规、尿常规、便常规＋血型	
三级护理	出血、凝血时间	
普通饮食	肝功能、肾功能	
	电解质(钾、钠、氯、钙)	
	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体	
	全胸片＋心电图	
	术前医嘱	
	定于明日上午9时行全麻下右侧腮腺及肿瘤扩大切除术	
	术区备皮	
	术前禁饮食8h	
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g 阿托品 0.5mg	im，术前30min

术后长期医嘱		术后临时医嘱	
口腔外科局麻术后护理常规		血常规	
青霉素 640 万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml	iv drip，qd (A.S.T)	氨甲苯酸(止血芳酸)0.1g 5%葡萄糖氯化钠 250ml	iv drip，qd
二级护理			
半流质饮食			

(三) 中医会诊

本病中医无相关论述。

三、涎腺囊肿

(一) 概述

涎腺囊肿是由于涎液外渗或潴留而形成的囊性类肿瘤病变，因其发病机制不同，可有或无上皮衬里存在。临床上常见的为来源于小涎腺的黏液囊肿和舌下腺囊肿，颌下腺及腮腺囊肿罕见。

(二) 查房内容

1. 诊断依据

(1) 黏液囊肿　最常见的小涎腺瘤样病变，最好发于下唇及舌腹部黏膜，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

这是因为这些部位更容易受到损伤的缘故。损伤导致小涎腺导管阻塞，黏液性分泌物潴留于腺泡内而形成囊肿。表现为局部淡蓝色透明水泡样囊性病损，大小从米粒大到小枣大不等，质地软而有弹性。刺破后流出蛋清样黏稠液体。但是数小时至数天内病损再次出现。反复多次溃破者可以在表面见到黏膜瘢痕样结构。

（2）舌下腺囊肿　舌下腺囊肿是由于各种原因导致舌下腺分泌物外渗到腺体周围间隙而形成的囊肿，病理学上无上皮衬里。如果囊肿位于口腔内、腺体周围则称为单纯型，是临床最常见的典型的舌下腺囊肿。囊肿位于舌下腺前方、内侧、外侧或浅面，淡蓝色，柔软，穿刺抽出黏稠的蛋清样液体即可确诊。如果囊肿发生于舌下腺深面并借助口底肌肉的薄弱处突入颌下间隙，称为口外型或者颌下型。表现为颌下区肿大，质地柔软，穿刺抽出蛋清样黏液即可确立诊断。如果囊肿即可见于口内又突入到颌下区，则称为哑铃型或混合型。临床上，绝大多数的舌下腺囊肿均可以通过穿刺检查确立诊断。

2. 治疗方案

（1）黏液囊肿　对于该病可以考虑保守治疗，即将囊液抽出后，向囊内注入2%的碘酊，停留数分钟后抽出，但是，抽吸囊液的过程往往非常困难，并且治疗后局部反应较重。所以多数病例需要选择手术治疗。切除过程中注意摘除切口附近显露的小涎腺的腺泡，避免新的黏液囊肿形成。

（2）舌下腺囊肿　根治舌下腺囊肿的方法就是舌下腺摘除术，即完全摘除患侧的舌下腺。对于囊壁，由于其没有上皮衬里，即使保留也不会造成复发。对于各种原因暂时不能耐受手术者，可先行囊肿袋状成形术，但是往往于很短的时间内复发，需要在条件许可的时候再行舌下腺摘除术。对于儿童患者，可以全身麻醉下行舌下腺摘除术。个别文献报道向舌下腺囊肿内注射药物治疗（如平阳霉素等）。由于囊肿没有上皮衬里及分泌功能，烧灼囊壁并不能治疗该类型的囊肿。

（三）中医会诊

本病中医无相关论述。

第四节　干燥综合征

一、概述

干燥综合征，过去曾被称为淋巴上皮病等。是一种自身免疫性疾病，由于外分泌腺进行性破坏，导致分泌减少，引起黏膜及结膜干燥而出现一系列的临床症状。此称为原发性干燥综合征。也可伴有其他结缔组织病的临床表现，如类风湿关节炎等。则被称为继发性干燥综合征。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 临床表现

好发于中年女性，平均年龄48.7岁，男女比例约为1∶10。从发病到就诊的时间从数月到十数年不等。

（1）眼干、口干、腺体肿大　由于泪腺受累，出现眼干症状，严重者可以发生干燥性角膜、结膜炎。患者出现眼睛异物感、畏光、流泪、疼痛及视物疲劳等。情绪变化的时候，出现“欲哭无泪”的情况。同时，唾液腺受累，出现口干症状，表现为口腔干燥、口腔黏膜烧灼感，严重时影响语言及吞咽功能，进食的时候需要不断饮水以帮助完成吞咽过程。同时，口腔卫生变差，龋齿发病率，特别是“猛性龋”发病率明显升高。

受到累及的腺体肿大，包括腮腺、颌下腺、舌下腺、小涎腺及泪腺等。涎腺肿大以腮腺最为常见，多出现于双侧，表现为弥漫性增大，质地韧，无压痛。少数病例表现为多个肿大包块，质地中等，边界不清，无压痛，临床上称为结节型干燥综合征。泪腺肿大可以在局部出现明显包块，导致睁眼困难、视物不清等。

（2）伴发症状　其他自身免疫性疾病症状。文献报道，约有半数患者伴有类风湿关节炎，并且其症状的出现时间早于眼干及口干症状。还有可能出现其他类型的自身免疫性疾病表现，文献记载包括系统性红斑狼疮、系统性硬化症、多发性肌炎、肾小管酸中毒、末梢性神经炎、重症肌无力、间质性肺炎甚至亚急性甲状腺炎等。

（3）其他外分泌腺受累症状　如鼻腔黏膜干燥，甚至出现鼻中隔穿孔；喉及气管黏膜干燥，出现声音嘶哑及干咳；胃肠道黏膜萎缩，出现吞咽困难及萎缩性胃炎；汗腺及皮脂腺萎缩出现皮肤干燥；外阴受累时出现外阴瘙痒症等。

2. 辅助检查

（1）Schmirmer试验　检查泪液分泌功能。用5mm×35mm滤纸2条，置于睑裂中内1/3交界处，闭眼夹持5min，如果滤纸的湿润长度低于5mm表明泪腺分泌功能下降。

（2）四碘四氯荧光素染色试验　又称为玫瑰红染色。用1滴四碘四氯荧光素滴入结膜囊内，立即用生理盐水冲洗，然后观察角膜部位有无着色。如果有着色，表明角膜上皮处于干燥状态。

（3）唾液流量检查　请患者咀嚼5g白蜡3min，如果全唾液量少于3ml，表明涎腺分泌功能下降。

（4）腮腺造影　典型表现为腮腺排空功能减弱，末梢导管的点状、球状或者腔状扩张。结节型干燥综合征可能出现腮腺类肿瘤样占位改变。

（5）实验室检查　白细胞减少、嗜酸性粒细胞增多、血沉加快、血浆球蛋白升高、血清IgG，IgM及IgA升高等。并可以出现类风湿因子阳性、抗核抗体阳

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

性等。

（6）唇腺活检　可见到明显的淋巴细胞浸润。

3. 诊断标准

目前国际上并存多种诊断标准，如哥本哈根标准、日本标准、加州标准及希腊标准等。国内还没有统一的诊断标准。北京大学口腔医学院的标准是：①眼干症状及 Schmirmer 试验阳性；②口干症状、体征及唾液流量减少；③腮腺造影末梢导管扩张，排空延迟。如果上述三点都具备，则可以诊断为原发性干燥综合征；如果同时伴有类风湿关节炎或者其他结缔组织病的表现，则可诊断为继发性干燥综合征。唇腺活检在国内还没有纳入干燥综合征的诊断标准。

（二）鉴别诊断

疾病	病　因	临床表现	相关检查
干燥综合征	自身免疫性疾病	中年女性多发，腮腺弥漫性肿大或呈结节状，伴有明显的眼干、口干症状	唾液及泪液分泌减少、腮腺造影末梢导管点状扩张，免疫学检查异常
涎腺肿瘤	原因不明	腮腺区包块，多发少见；良恶性肿瘤表现差异较大；不伴眼干及口干症状	腮腺造影仅见占位性病变
成人慢性复发性腮腺炎	先天性发育缺陷、免疫缺陷、逆行感染等	自儿童期出现，腮腺反复肿胀，导管口可见雪花样黏稠分泌物溢出，无眼干及口干症状	腮腺造影示末梢导管呈点状、球状扩张，但是排空没有明显延迟
腮腺良性肥大	原因不明	常见于中老年人，表现为双侧腮腺的弥漫性肿大，界限不清楚，无明显的结节形成，不伴眼干及口干症状	实验室检查及唇腺活检结果正常

（三）治疗方案

对于干燥综合征的治疗，现在还没有特效疗法。临床上还停留在对症治疗阶段。

使用人工泪液或 0.5%甲基纤维素滴眼液滴眼可以缓解眼干症状，减少干燥性角膜、结膜炎的发生。

多饮水、使用人工唾液，可以缓解口干产生的不适症状。茴三硫（舒雅乐），每日 3 次，每次 1 片，可以促进唾液分泌。口服毛果芸香碱（盐酸匹罗卡品）20～30mg/天，可以明显缓解患者的口干症状。

免疫治疗短期有效，但是由于长期使用免疫抑制剂具有明显的副作用，选择应当慎重。最近的文献报道，环孢素及羟氯喹都有一定的治疗作用，但是还需要进一步的临床实验证实。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

结节型（类肿瘤型）干燥综合征可以手术切除受累腺体。

同时，对于任何类型的干燥综合征患者，特别是原发性干燥综合征，继发淋巴瘤可能性较大，在积极治疗的同时，均需要密切随访。

三、中医会诊

干燥综合征在中医属“燥证”范畴，本病的主要病机为肺胃阴虚在先，肝肾阴虚在后，阴虚不复，燥热自内而生，病理关键在于阴虚燥热，轻则肺胃阴伤，重则肝肾阴虚，皆因阴虚在先，燥热自内而生，治疗重点当滋阴救液，清燥生津。故滋阴药当属改善病理的首要药物，通过滋阴改善体内阴阳失衡之关键，增加体内物质之基础——津液的来源，以此改善口、鼻、眼腺体的分泌，提高机体的抗病能力。

1. 脾胃阴虚

[症状] 胃脘隐隐作痛，口干咽燥，口渴，口苦，口臭，口腔黏膜出现溃疡，咀嚼和吞咽困难，因“猖獗龋”而使牙齿烂掉，大便秘结，小便短黄，舌质红，少津干裂，脉象弦细。

[治则] 养阴益胃、生津止渴。

[方药] 选用北沙参、玉竹、生山药、滑石各15g，麦冬、天冬、天花粉、桑叶、生扁豆、黄精、石斛、佛手、郁金各10g，甘草6g，每日1剂，水煎服。

2. 肺阴亏虚

[症状] 咽干喉燥，声音嘶哑，干咳频频，无痰或痰少而黏，出汗少或无汗，若肺络被虚火所伤，则出现午后潮热，手足心热等症状，舌红少苔，脉象细数。

[治则] 滋阴清热、润肺止咳。

[方药] 选用北沙参、地骨皮、生山药、百合各15g，川贝母、知母、百部、桑白皮、玄参、黄芩、阿胶（另包）、天冬、麦冬、牛蒡子、陈皮各10g，每日1剂，水煎服（阿胶宜放入煎好药液中烊化后服用）。

3. 心阴亏虚

[症状] 口干舌燥、心悸怔忡，倦怠乏力，动则气喘，手足心灼热，潮热盗汗，不寐梦多，面色淡白，舌红苔薄，脉象细数或有结代。

[治则] 补气养阴、益心宁神。

[方药] 选用太子参25g，北沙参、玉竹、山茱萸（山萸肉）、生山药、酸枣仁、龙眼肉各15g，麦冬、天冬、五味子、石斛、柏子仁、炙远志、佛手各10g，每日1剂，水煎服。

4. 肝肾阴虚

[症状] 口干，牙龈萎缩，眼干，阴道干涩，外阴萎缩，大便干结，头晕目眩，两颧潮红，五心烦热，腰膝酸软，耳鸣健忘，烦躁易怒，失眠多梦，舌红苔少或无苔，脉象细数。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［治则］　补肾养肝，滋阴清热。

［方药］　选用熟地黄25g，生山药、山茱萸（山萸肉）、白芍各15g，茯苓、泽泻、牡丹皮、枸杞子、菊花、地骨皮、当归、枳壳、龟甲胶（另包）、鳖甲胶（另包）各10g，每日1剂，水煎服（龟甲胶、鳖甲胶宜放入煎好药液中烊化后服用）。

（李海洋　徐　玲）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第七章　神经疾病

第一节　三叉神经痛

一、概述

三叉神经痛是一种在三叉神经分布区域内反复发作的阵发性剧痛。多发生在中老年人，女性多于男性，近年来发病有年轻化趋势。发作时受累的三叉神经区域内可出现阵发性刀割样、针刺样、电击样剧痛。三叉神经痛分原发性和继发性两种。原发性三叉神经痛是指目前还未找到明确发病原因的，在三叉神经分布区域内反复发作的阵发性剧痛，一般神经系统检查无阳性体征；继发性三叉神经痛是指由某种原因引起的三叉神经痛，常伴有神经系统阳性体征。本章主要介绍原发性三叉神经痛。原发性三叉神经痛的治疗方法有很多种，但由于其发病原因不甚明确，故目前还没有一种彻底根治的疗法。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 症状

（1）疼痛性质　为难以忍受的阵发性、放射性剧痛，其性质如针刺、刀割、撕裂、电击。每次疼痛可持续几秒钟至1～2min。每日疼痛次数不定，开始时可能一日数次，以后随症状加重次数增多。疼痛常向一定部位放射，第一支痛常由眉上向头顶放射，或由内眦向眉上放射；第二支痛常由上唇向眶下、颧部放射，或由眶下向眉上放射；第三支痛常由下唇向下颏部及颞部放射，或由颞部向下颌部放射。

（2）疼痛部位　疼痛常局限于颜面一侧，第一支痛常表现在前额部、内眦部；第二支痛常表现在眶下、上唇、颧部、上牙、腭部；第三支痛常表现在下唇、颏部、下牙、舌、颊部、耳颞部。

（3）扳机点　轻触面部某区可诱发疼痛，称为扳机点。洗脸、说话、吃饭或刷牙最容易触动扳机点而诱发疼痛，严重者甚至走路、吹风或听到扩音喇叭声，亦可引起疼痛。扳机点常在上下唇、眶下、颊部、眉上、牙、舌等部位，多在疼痛神经分支区内，极少数可在疼痛神经分支区以外。

（4）不应期及缓解期　每次疼痛发作之间，有短暂的无痛期，称为不应期，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

在此期内，任何刺激均不会诱发疼痛。疼痛缓解期不定，可数小时、数日、数月或数年后再次疼痛发作，疼痛缓解原因不明。

为了避免漏诊继发性三叉神经痛，要仔细询问面部感觉情况，如有面部麻木、角膜反射消失等神经系统阳性体征，或有听力明显下降，反复鼻咽部不适或鼻腔出血，张口受限史，要进一步检查排除颅内肿瘤及颌面部病变。

2. 体征

为排除继发性三叉神经痛，必须做三叉神经功能检查。

(1) 运动检查　检查咀嚼肌的运动情况，包括咬肌、颞肌、翼内肌、翼外肌。如上述肌肉功能不正常，出现咀嚼肌麻痹，不能用力咬牙，要进一步检查三叉神经运动支受损情况。

(2) 感觉检查　三叉神经的感觉支检查包括痛觉、触觉和温度觉。一般用针、棉絮及冷水、热水分别测试面部的痛觉、触觉和温度觉，要注意两侧的对比检查。如出现感觉消失或麻木、感觉敏感或减退，要进一步检查其分布的范围。如痛觉、温度觉和触觉均有异常，多为周围神经损害，其可发生在三叉神经周围支的任何一支。如仅有痛觉和温度觉障碍，触觉正常，眼支或下颌支、上颌支或三支受累，多以中枢性三叉神经受损可能性大。

(3) 反射检查　包括浅反射（角膜反射、软腭反射、咽反射）和深反射（眼轮匝肌反射、眉间反射）、病理反射（口轮匝肌反射，吸吮反射）、自主神经反射（眼心反射）检查。如出现角膜反射减弱，提示三叉神经第一支受损。如一侧三叉神经受损造成角膜麻痹时，刺激患侧角膜则双侧均无反应，而在健侧角膜反射试验时，则仍可引起双侧反应。腭反射消失，提示有三叉神经、舌咽神经及迷走神经受损，说明腭后神经或蝶腭神经的破坏。为了排除继发性三叉神经痛，必须仔细检查以上各种反射。

(4) 扳机点及定位检查（定分支检查）　首先要做"扳机点"检查，轻轻触摸病人三叉神经痛分布区内的某些区域（第一支多见眶上孔、眉周；第二支常见上唇、鼻翼、眶下孔周围、上牙及口角；第三支常见颏孔区、下唇、颊部、耳屏前、下牙及口角周围），可立即引起口腔颌面部相应部位的阵发性剧痛，这些敏感区域就是"扳机点"。大多数情况下三叉神经痛发病支与该支分布区域内的扳机点位置是一致的。少数情况下，三叉神经痛扳机点与患支不一定吻合。如有的扳机点位于颊部、口角，经定位发病支不是第三支而是第二支。所以，在找到"扳机点"后，应常规做三叉神经痛的定位检查，可避免误诊。

接着根据"扳机点"分布区域做定位检查。如怀疑第一支痛，可用2%利多卡因做眶上孔及周围区域的诊断性阻滞麻醉；第二支痛根据疼痛具体情况，可以选做眶下神经（眶下孔）阻滞麻醉，上牙槽后神经（上颌结节区）阻滞麻醉及腭前神经阻滞麻醉；第三支痛可选颏神经（颏孔）及下牙槽神经（下颌孔）阻滞麻醉。如做以上某支神经阻滞麻醉后疼痛立即消失（指麻醉

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

期间）就可确定该支为疼痛发作的分支。有不少病人同时有两支发病，就要分两次定位。对疼痛扳机点不清楚的病人，有时要做多次定位才能确诊患病支。

（5）牙、副鼻窦、鼻咽部、口腔颌面部检查　牙髓炎、牙髓石、冠周炎也可引起半侧面部剧痛，能查到病灶牙，拍牙片可见牙髓石存在，用冷、热刺激病灶牙疼痛加剧，晚上疼痛加剧，没有扳机点。鼻咽癌早期也可先出现类似三叉神经痛症状，临床上不少误诊就是由于只注意了三叉神经痛的治疗，而忽视了鼻咽部的检查。对有三叉神经痛症状的病人必须要仔细检查鼻咽部及颈部淋巴结，必要时做鼻咽镜及头颅 CT 检查。

3. 辅助检查

（1）实验室检查　血常规一般无异常。

（2）影像学检查　常规拍曲面断层片检查牙、上颌窦、下牙槽神经管、颌骨及病理性骨腔。颅底片检查颅底、卵圆孔或内耳，如有破坏或扩大，就要进一步做鼻咽镜、头颅 CT 排除鼻咽癌及其他颅内肿瘤。

（3）定位检查　根据定位检查确定三叉神经哪一支受累。

（二）鉴别诊断

1. 与牙源性疼痛的鉴别诊断

疾病名称	临床表现	病灶牙	扳机点	服卡马西平
三叉神经痛	阵发性刀割样、电击样剧痛	无	有	缓解
牙髓炎及冠周炎等	持续性剧痛，尤以晚上为重	有	无	无效

2. 与鼻源性疼痛的鉴别诊断

疾病名称	临床表现	CT 检查	伴随淋巴结肿大	消炎治疗
三叉神经痛	阵发性刀割样、电击样剧痛	无病灶	无	无效
急性上颌窦炎及筛窦炎等	持续性、深在钝痛，白天重，平卧轻，可有鼻塞、流涕等	窦壁黏膜增厚，可有液平面	可有淋巴结肿大，触痛明显	有效
鼻咽部恶性肿瘤	早期为阵发性剧痛；晚期为持续性疼痛。鼻咽镜检查可见鼻咽部肿物	颅底骨质破坏	淋巴结肿大、坚硬，活动度差；病理可证实	无效

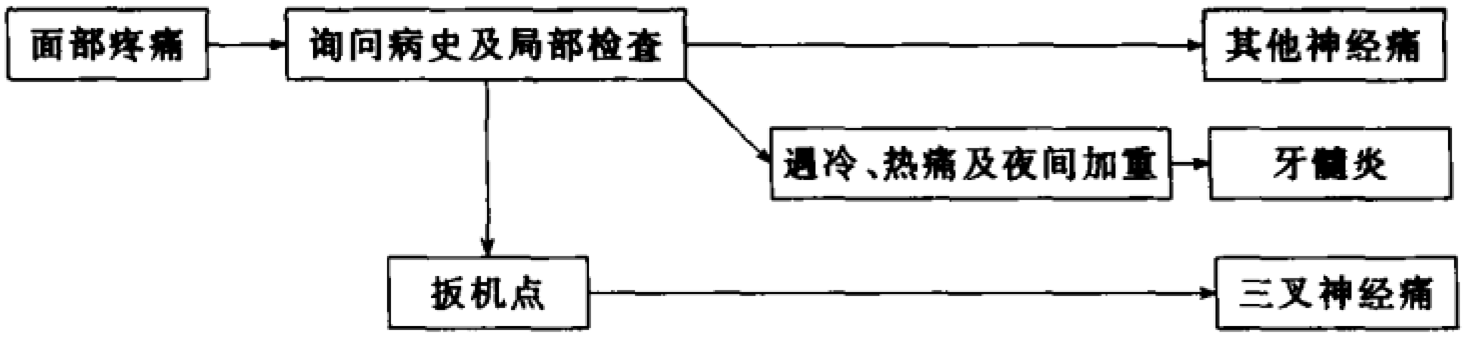
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 与其他疾病的鉴别诊断

疾病名称	临床表现	影像检查
三叉神经痛	阵发性刀割样、电击样剧痛，有扳机点，服用卡马西平有效	无明确病灶
急性鼻窦炎	持续性、深在钝痛，白天重，平卧轻，可有鼻塞、流涕等	窦壁黏膜增厚，可有液平面
鼻咽部恶性肿瘤	早期阵发性剧痛，晚期为持续性疼痛。鼻咽镜检查可见鼻咽部肿物。淋巴结肿大、坚硬，活动度差。病理可证实	颅底骨质破坏
牙髓炎	持续性剧痛，尤以晚上为重；有病灶牙，无扳机点，有冷热水刺激痛	可见龋齿影像
不典型面痛	疼痛范围不局限三叉神经分布区，疼痛时间长，无扳机点 三叉神经阻滞麻醉不能缓解疼痛；服用抗组胺药及血管收缩药有效	—
三叉神经炎	少见，多在鼻窦炎、牙周病后发生；持续时间长，神经孔处明显压痛，可伴有感觉过敏或减退，咀嚼无力	—
舌咽神经痛	疼痛程度较轻，疼痛部位在舌咽神经分布区，如舌根部、扁桃体、咽部、外耳道。扳机点在舌根及咽部，吞咽、说话、咳嗽可诱发疼痛。舌咽神经痛有时可伴有咳嗽、喉痉挛、心跳缓慢等迷走神经症状，舌根及咽部涂抹地卡因或可卡因可止痛	—
颞下颌关节病	钝痛，常有关节弹响，张口障碍等关节病史；无扳机点，可有关节杂音，张口受限症状	—
偏头痛	多见于青春期女性，常在疲劳、月经或情绪激动时诱发。发病前常有先兆症状，随之剧烈头痛，以额部、颞部为主，常反复发作。疼痛为持续性胀痛或搏动性痛，持续时间可数小时或几天。用麦角胺等血管收缩剂可止痛或缓解症状，而其他止痛药无效	—
小脑桥脑角胆脂瘤	类似三叉神经痛，但每次发作时间较长，可出现三叉神经分布区的感觉减退及麻木。有的表现为面肌抽搐、耳鸣、听力减退、后组脑神经功能障碍	CT扫描可显示低密度肿瘤像
颅中窝脑膜瘤	与三叉神经痛症状相同，随病情发展出现三叉神经运动功能减退，咀嚼肌萎缩	颅骨片示颅中窝骨质增生、破坏或颅底变深。
翼腭凹及颞下凹肿瘤	早期出现张口受限，三叉神经第二支分布区出现持续性疼痛或麻木，伴咽鼓管阻塞症状。影响视神经或球后区，产生失明与突眼	CT可见占位性病变或骨质破坏

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（三）病情分析思路



（四）治疗方案

1. 治疗原则

① 先易后难，初发病者或症状轻者，可先采用药物、针灸、封闭疗法等非手术疗法控制疼痛发生，以上治疗无效再采取各种手术。

② 手术要选择安全性好、治愈率高、复发率低的方法，尽可能保留面部感觉，减少并发症发生，提高病人生活质量。

2. 治疗措施

（1）药物治疗　初发、疼痛不严重者，可以先用药物治疗。常用抗癫痫药治疗三叉神经痛，大部分病人有效，可缓解疼痛。

① 卡马西平（酰胺咪嗪、痛惊宁、痛可定）。抗癫痫药物，是目前治疗三叉神经痛疗效最好的药物。此药主要作用于中脑网状结构-丘脑系统，可抑制三叉神经脊束核至丘脑的多元神经反射。每次口服 0.2g，每日 3 次。最大剂量每日不超过 1.6g。为减少耐药性及副作用，应在能止痛前提下控制用药量及间断用药。症状不严重或早期患者，开始可每日 1 次，每次 0.1g，以后根据止痛效果，再酌情增加药量及用药次数。用药数周或数月后，如已无痛可试停药，痛时再间断用药。此药副作用有头晕、嗜睡、共济失调等，少数人可有胃肠功能障碍。如出现皮疹、血尿、白细胞或血小板明显减少，应停止用药。长期用药者，应定期做血常规、尿常规检查及肝功能、肾功能检查。注意肝功能、肾功能不良，妊娠及服用单胺氧化酶抑制剂者禁用。服药时忌饮酒。

② 苯妥英钠（大仑丁）。为很早即用于治疗三叉神经痛的抗癫痫药物。此药对三叉神经脊束核的突触传递有抑制作用。疗效不如卡马西平，但当卡马西平疗效降低时与其合用，能提高疗效。每次口服 0.1g，每日 3 次，最大剂量每日不超过 600mg，前 2 日用量加倍。用药数周或数月后暂停，如仍痛再用。此药缺点为用小剂量效果差，大剂量应用有明显副作用（嗜睡、疲倦、幻觉等），长久应用可致牙龈增生。如果出现复视、眼球震颤及小脑综合征（眼球震颤、发音困难、共济失调）为急性中毒表现，应立即停药。停药后症状可消失。

③ 维生素 B_{12}。该药有助于维持中枢神经及周围神经髓鞘的正常代谢及功能完整性。可用于三叉神经痛的辅助治疗。

a. 肌内注射，每日 0.1mg，连用 10 次，以后可每周 2～3 次，再治疗 3 周为一个疗程。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

b. 三叉神经分支封闭。可根据三叉神经痛分支情况，选做眶上神经、眶下神经、上牙槽后神经及颏神经、下牙槽神经。常用量为每支神经每日 0.1mg。个别人可出现一过性头昏，全身发痒。

④ 糖皮质激素。临床治疗中许多用卡马西平无效，换用泼尼松、地塞米松却有效。可能与其免疫抑制作用有关。泼尼松 5mg，口服，每日 3 次。地塞米松 0.75mg，口服，每日 3 次，或 5mg 肌内注射，每日 1～2 次。

⑤ 七叶连（野木瓜片）。是一种中成药。对多种平滑肌有解痉作用。每次 3 片，口服，每日 3 次。一般用药 4～10 天，如痛未减轻，与苯妥英钠合用，可提高疗效。部分病人服药后可出现恶心等副作用。

(2) 针刺疗法　与针刺作用类似的还有埋线疗法、自体皮肤埋藏、激光疗法等，但以针刺疗法最为简便、常用。针刺疗法有手针、电针、耳针等多种，可针刺穴位或神经干。第一支针太阳、阳明、头维、丝竹空、鱼腰、风湿、翳风等；第二支针下关、颊车、地仓、大迎、四白、养老、迎香、听会等；第三支针下关、颊车、地仓、听宫、承浆、大迎等。

一般用中等刺激或强刺激。留针时间不定，一般留针 15～30min，强刺激后亦可不留针。三支配穴有合谷、内庭、外关、足三里等。针刺神经干时，第一支针眶上孔，第二支针眶下孔或圆孔，第三支针颏孔或卵圆孔。

(3) 酒精封闭　酒精封闭是将高浓度（95%）酒精注射于神经干或半月节内，使神经纤维或节细胞凝固及蛋白变性，以阻断神经传导通路而止痛。酒精封闭常因阻断不全或神经再生而易复发。周围支封闭，平均仅可止痛 0.5～1 年。但因此法安全、方便，复发后仍可再注射（虽然有效期渐短），所以目前仍被广泛应用。对于年老、体弱或有较严重心血管病患者，更为适用。为提高及延长疗效，有人主张封闭应先从周围支开始，复发时再封闭颅底主干及半月节。尽量将酒精缓慢地注射于神经干内，同时酒精量应适当增加，才能达到最大凝固程度。封闭后有时虽已麻木，但数日内可能有幻影性疼痛反应，可观察数日或暂时辅助以药物，切勿匆忙再次注射。

(4) 手术疗法　对严重的病人，用非手术疗法无效时，可采用手术疗法。可以根据具体情况选择病变骨腔刮治术、三叉神经周围支撕脱术、射频术、三叉神经微血管减压术。

① 骨腔刮治术。主要的是找准骨腔，定位要准确。用 2%利多卡因 1ml 在固定疼痛的牙根尖的黏膜转折处做浸润麻醉，如疼痛在麻醉期间消失，就可确定这个牙根尖处为扳机点。一个病人可能有多个骨腔，要反复确切的定位，术中要对多个骨腔进行彻底刮治，并反复用过氧化氢溶液（双氧水）、生理盐水冲洗干净。

② 三叉神经周围支撕脱术。下牙槽神经撕脱时要清楚地找到下颌小舌后，在其周围仔细分离下牙槽神经，注意不要碰断下牙槽动脉，值得注意的是有动脉硬化的老年人，特别容易引起血管破裂大出血。术中如出现下牙槽动脉出血，可用长碘仿纱条紧贴升支内侧填塞止血，切忌乱夹或试着结扎位置很深并已缩回的

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

血管，以免引起更多的出血。为防止复发，主张将舌神经及颊神经一并撕脱。眶下神经撕脱术要注意将上颌窦前壁及顶壁打开抽取眶下管内的上牙槽前神经、中神经，可以减少复发率。

③ 射频术。射频术要取得好的疗效，关键是定位要准确。如穿刺定位不准确，射频针穿刺太向内，可刺入颅腔内引起颅内感染；向外可刺入关节、外耳道；向前内可刺入眶下裂，盲目加温可以出现立刻失明等严重并发症；向后可刺入破裂孔损伤颈内动脉；向后下可刺入颈静脉孔，为避免损伤颈内动脉，穿刺时最好在卵圆孔前方使针尖渐渐向后移动入孔。在术中一定要不断地用探针在两侧面部相应的三叉神经分布区皮肤特别是眶上区皮肤做感觉对比检查。如发现眶上区皮肤已出现感觉迟钝，应立即停止加温，以防止损伤视神经。方波刺激定位一般不超过 0.3V，如超过此值，病人仍不敏感，说明射频针的位置偏离神经，应进一步调整位置，盲目加温会产生严重并发症。进入卵圆孔后还要准确选择受累三叉神经分支后才能加温。

④ 三叉神经微血管减压术。微血管减压术是近年来在国内开展较多，疗效显著，甚至有人视为病因疗法的手术，但远期效果尚待进一步观察。此手术属神经外科治疗范畴。

3. 疗程

① 术后常规用 3 天止血药、糖皮质激素及抗生素。

② 颊部加压止血，2 天后去除。术创引流条 2 天后抽除。术后 7～10 天拆线。

③ 坚持张口锻炼 1～2 个月。

④ 注意进软食 2 周。由于术后面部及口腔黏膜麻木，所以咀嚼食物时无感觉，建议要细嚼慢咽，以免咬伤口腔黏膜。

⑤ 如有痕迹反应（暂时出现与术前一样的疼痛），可继续服用卡马西平，一般 1 周后症状消失。

⑥ 术后疼痛无明显减轻者应及时来医院进一步检查、治疗。

⑦ 转支复发者可再次手术或采用其他治疗方法。

（五）医嘱示范（以 52 岁，57kg 女性为例）

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规
三级护理	尿常规
半流质饮食	便常规
卡马西平 0.1g,tid	凝血四项
	心电图
	血糖、血脂
	肝功能

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

三、中医会诊

1. 风寒袭络

[症状]　颜面阵发性抽掣疼痛，喜温熨，恶风寒，每因遇风寒而诱发，口不渴，苔薄白，脉浮紧。

[治则]　疏风散寒，通络止痛。

[方药]　选用川芎茶调散加减。川芎 18g，荆芥 10g，白芷 10g，羌活 10g，细辛 6g，防风 10g，薄荷 10g，桑叶 10g，蔓荆子 15g，甘草 3g，清茶少许。

[加减]　若阳虚恶寒较甚者，加麻黄 9g、熟附子 6g；颜面肌肉抽搐者加蜈蚣 5g、地龙 9g；寒凝痛甚者加藁本 12g、制川乌 6g。

2. 风热中络

[症状]　颜面阵发性灼热掣痛，流涎，目赤流泪，口干咽痛，热重，微恶风寒，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数。

[治则]　祛风散热，清络止痛。

[方药]　选用菊花茶调散加减。菊花 15g，僵蚕 10g，川芎 15g，白芷 10g，细辛 6g，荆芥 6g，薄荷 10g，桑叶 15g，蔓荆子 15g，甘草 6g，清茶少许。

[加减]　若风热较甚者，加金银花 12g、连翘 12g、栀子 15g；若口渴津伤者，加知母 15g、芦根 18g、天花粉 12g；若便秘者，加大黄 9g；尿赤者，加生地黄 12g、竹叶 15g；若伴寒热往来者，加柴胡 9g、黄芩 15g。

3. 风痰阻络

[症状]　阵发性面颊部剧痛，头重昏蒙，胸闷脘满，时吐痰涎，面颊部麻木作胀，舌体胖大，苔白腻，脉弦滑。

[治则]　祛风化痰，通络止痛。

[方药]　选用芎辛导痰汤合牵正散加减。川芎 15g，细辛 6g，胆南星 10g，陈皮 10g，半夏 10g，茯苓 12g，枳壳 10g，甘草 6g，白附子 10g，僵蚕 10g，全蝎 6g。

[加减]　若兼外感者，加荆芥 12g、防风 15g、羌活 15g；颜面肌肉抽搐者，加蜈蚣 5g、天麻 12g；病久入络者，酌加桃仁 12g、红花 12g；面颊麻木不仁者，加秦艽 15g、丹参 9g、鸡血藤 18g。

4. 胆火上扰

[症状]　面部呈阵发性电击样疼痛，痛时面红目赤，眩晕耳鸣，口苦咽干，烦躁易怒，胁肋满闷，尿黄赤，大便燥结，舌质红，苔黄燥，脉弦数。

[治则]　清肝泻胆，通络止痛。

[方药]　选用龙胆泻肝汤加减。龙胆 15g，栀子 10g，黄芩 10g，生地黄 15g，柴胡 10g，蝉蜕 6g，僵蚕 6g，姜黄 10g，大黄 6g，木通 6g，车前子 10g，甘草 6g。

[加减]　若兼头目眩晕者，加白芍 12g、钩藤 15g、菊花 18g；面肌抽搐者，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

加蜈蚣 6g、地龙 6g；兼气滞者，加青皮 9g、枳壳 12g、香附 6g；兼热象者，加黄芩 12g、栀子 12g。

5. 胃火上攻

［症状］　颜面部阵发性剧痛，面颊灼热感，甚则胀痛如裂，面红目赤，口臭且干，便秘尿赤，舌质红，苔黄而燥，脉滑数。

［治则］　清胃泻火，升散郁热。

［方药］　选用芎芷石膏汤加减。生石膏 30g，川芎 9g，黄连 6g，生地黄 15g，牡丹皮 10g，白芷 10g，羌活 3g，菊花 15g，薄荷 10g，升麻 6g，甘草 6g。

［加减］　若热甚伤津者，去羌活，加麦冬 12g、天花粉 15g；上焦热者加连翘 15g、栀子 12g、桑叶 15g；颜面肌肉抽搐者，加僵蚕 6g、全蝎 6g。

6. 阴虚火旺

［症状］　颜面阵发性剧痛，有灼热抽掣感，颧红，烦热，失眠健忘，腰膝酸软，舌红，无苔，脉细数。

［治则］　滋阴泻火，清热止痛。

［方药］　选用知柏地黄丸加减。知母 10g，黄柏 10g，熟地黄 10g，牡丹皮 10g，泽泻 10g，茯苓 10g，山茱萸（山萸肉）10g，牛膝 8g，僵蚕 8g。

［加减］　面肌抽搐者加地龙 10g、全蝎 6g；痛甚者加川芎 10g、白芷 10g；眩晕者加天麻 10g、钩藤 10g、生龙骨 20g、生牡蛎 20g。

7. 瘀血阻络

［症状］　颜面阵发性剧痛，痛如刀割，痛处拒按，痛止颜面麻木，经久不愈，面色晦滞，舌紫暗或有瘀斑，苔薄白，脉弦紧或涩。

［治则］　活血祛瘀，通窍止痛。

［方药］　选用通窍活血汤加减。赤芍 9g，川芎 9g，桃仁 9g，红花 6g，葱白 2 根，生姜 6g，僵蚕 9g，全蝎 6g，白芷 9g。

［加减］　若瘀血重者加土鳖虫 5g、水蛭 6g；面肌抽搐者加蜈蚣 6g、地龙 6g；兼气滞者加青皮 9g、枳壳 12g、香附 6g；兼热象者加黄芩 12g、栀子 12g。

第二节　面神经麻痹

一、概述

面神经麻痹是以颜面表情肌群的运动功能障碍为主要特征的一种常见病，也称为面瘫。按引起面神经麻痹的损害部位不同分为中枢性和周围性两种。本节重点讲述周围性面神经麻痹。颅内病变如肿瘤、出血等引起的面神经麻痹不属本节讨论的内容。周围性面神经麻痹包括：①贝尔麻痹，指临床上不能肯定病因，不伴有其他体征或症状的单纯性周围性面神经麻痹；②永久性面神经麻痹，是指由

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

于肿瘤压迫或累及面神经、外伤和手术意外损伤面神经，少数贝尔麻痹治疗无效等所引起的不可逆的面神经麻痹。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 症状

① 起病急骤，发病前可能无任何自觉症状，常在晨起时因不能含漱、饮水而发现，或因面瘫而被他人发现时应主要考虑患贝尔麻痹的可能。

② 在发病开始可能有发热、眩晕、耳鸣或耳内、耳后、下颌角处有疼痛症状。

③ 病变多为单侧，可数小时内或1～2天内达到面瘫最大程度。

④ 其发生与局部受寒冷刺激或病毒感染有关，多为单纯疱疹、流行性腮腺炎、水痘、带状疱疹病毒引起。

⑤ 面瘫的症状还取决于损害部位。

a. 如损伤发生在茎乳孔附近，表现全部面瘫。患侧额纹消失，抬眉困难或不能抬眉；眼裂增大，闭目不全，泪点随下睑外翻使泪液外溢；鼻唇沟变浅或消失，口角下垂，并偏向健侧，说话或发笑时更加明显；因不能完全闭口，故有漱口漏水、不能鼓腮、吹气等功能障碍。

b. 如病变部位更高，波及支配镫骨肌的神经分支，可能会出现听觉过敏。

c. 如果病变波及膝状神经节，可能会出现外耳道疱疹，并有耳廓及外耳道感觉迟钝或剧痛。

d. 如果病变波及经过膝状神经节的岩浅大神经，还可能出现泪液分泌障碍。

外伤、手术意外或肿瘤压迫可引起不可逆的面神经麻痹（即永久性面神经麻痹），临床症状与其他原因引起的中枢性和周围性面神经麻痹相同，不同的只是面部表情肌功能未能恢复，用肌电仪和电兴奋仪测验，无反应或不出现电位反应。

2. 体征

① 患侧口角下垂，健侧向上歪斜；上下唇因口轮匝肌瘫痪而不能紧密闭合，故发生饮水漏水、不能鼓腮、吹气等功能障碍。

② 上下眼睑不能闭合的原因是由于眼轮匝肌瘫痪后，失去了与受动眼神经支配的上睑提肌保持平衡协调的随意动作的能力，致眼裂扩大、闭合不全、露出结膜；用力紧闭时，则眼球转向外上方，此称贝尔征（Bell sign）；由于不能闭眼，故易患结膜炎。在下结膜囊内，常有泪液积滞或溢出，这种泪液运行障碍，一般是由于泪囊肌瘫痪与结膜炎等原因所引起。

③ 前额皱纹消失与不能蹙眉是贝尔面瘫或周围性面瘫的重要临床表现，也是与中枢性面瘫鉴别的主要依据。表情肌的瘫痪症状在功能状态时更为突出，因此，评价治疗效果或恢复程度的标准，也必须在功能状态下进行。

④ 面瘫的症状还取决于损害的部位。如发生在茎乳孔外，一般都不发生味

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

觉、泪液分泌、唾液分泌、听觉等方面的变化。但如同时出现感觉功能与副交感功能障碍时，则所出现的症状对损害的发生部位具有定位意义。因此，临床上在必要时，尚应进行下列各种检查。

a. 味觉检查。伸舌用纱布固定，擦干唾液后，以棉签蘸糖水或盐水涂于患侧舌前2/3，嘱病员对有无味觉以手示意，但不要用语言回答，以免糖（盐）水沾至健侧而影响检查结果。由于舌背边缘区域的几个部位对不同的味觉具有相对的敏感性，因此，如用甜味检查可涂于舌尖；稍偏后对咸味敏感，依次向后则为酸味与苦味。味觉的敏感性虽有个体差异，但左右两侧一般相同。

b. 听觉检查。主要是检查镫骨肌的功能状态。以听音叉（256Hz）、马表音等方法，分别对患侧与健侧进行由远至近的比较，以了解患侧听觉有无改变。听觉的改变是由于镫鼓肌神经麻痹后，失去了与鼓膜张肌神经（由三叉神经支配）的协调平衡，于是使镫骨对卵圆窗的振幅减小，造成低音性过敏或听觉增强。

c. 泪液检查。亦称Schirmer实验。目的在于观察膝状神经节是否受损。用滤纸两条（每条为0.5cm×5cm），一端在2mm处弯折。将两纸条分别安置在两侧下睑结膜囊内作泪量测定。正常时，5min末的滤纸沾泪长度（湿长度）约为2cm。由于个体差异湿长度可以变动，但左右眼基本相等。如膝状神经节以上岩浅大神经受损害，则患侧泪量显著减少。但是，由于患侧的泪运动障碍，故积留于结膜囊内的泪液增加，为防止出现可能的湿长度增加的偏差，故必须在放置滤纸条的同时，迅速将两眼所积滞的眼液吸干。

3. 辅助检查

① 神志清楚，查体合作，精神及营养状况基本正常，血压不超过180/110mmHg；血常规无异常。

② 排除急性脑梗死及脑出血引起的中枢性面神经麻痹。

③ 为预测面瘫预后应进行神经功能检查。对陈旧性面瘫，要做肌电图和电兴奋性测定，确定面神经的功能状况。

4. 诊断

（1）贝尔麻痹　本病具有突然发作的病史与典型的周围性面瘫症状，诊断并不困难。根据味觉、听觉及泪液检查结果，还可明确面神经损害部位，从而作出相应的损害定位诊断。

① 茎乳孔以外。面瘫。

② 鼓索与镫骨肌神经节之间。面瘫＋味觉丧失＋唾液腺分泌障碍。

③ 镫骨肌与膝状神经节之间。面瘫＋味觉丧失＋唾液腺分泌障碍＋听觉改变。

④ 膝状神经节。面瘫＋味觉丧失＋唾液腺、泪腺分泌障碍＋听觉改变。

⑤ 桥脑与膝状神经节之间。除面瘫外，感觉与分泌功能障碍一般均较轻；如损害影响听神经时，尚可发生耳鸣、眩晕。

⑥ 核性损害。面瘫＋轻度感觉与分泌障碍，但往往影响外展神经核而发生

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

该神经的麻痹，若损害累及皮质延髓束时可发生对侧偏瘫。

（2）永久性面神经麻痹　临床症状与其他原因引起的中枢性或周围性面神经麻痹相同。因神经已经变性，面部表情肌功能不恢复，肌电图及电兴奋性测验无反应，无电位变化。

（二）鉴别诊断

1. 中枢性面神经麻痹与周围性面神经麻痹的鉴别

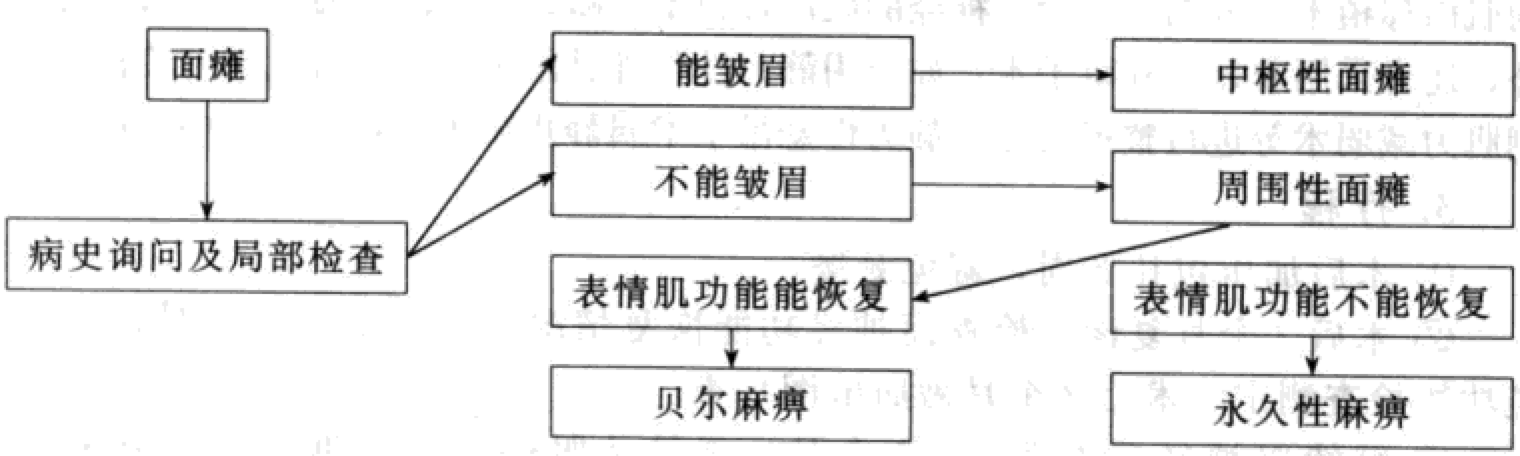
疾　病　名　称	临　床　表　现
周围性面神经麻痹	不能皱眉
中枢性面神经麻痹	能皱眉

2. 周围性面神经麻痹两种类型的鉴别

疾　病　名　称	面部表情肌功能	肌电图及电兴奋性测验
贝尔麻痹	能恢复	有反应、有电位变化
永久性面神经麻痹	不能恢复	无反应、无电位变化

还应与中耳炎、损伤、听神经瘤、腮腺病变等引起的面神经麻痹鉴别。应注意有无外耳流脓史、外伤史、听觉障碍、腮腺病变等特点。

（三）病情分析思路



（四）治疗方案

1. 治疗原则

（1）贝尔麻痹　贝尔麻痹的治疗应分为急性期、恢复期、后遗症期。

① 急性期。为发病1～2周内，应立即采取改善面部血液循环的方法，促使面部水肿、炎症消退，以免面神经进一步受损，使面神经功能早日恢复；还应保护患侧暴露的眼角膜，避免受损害或继发感染。

② 恢复期。为发病2周至2年。主要是尽快使神经传导功能恢复和加强肌收缩。

③ 后遗症期。2年后面瘫仍未恢复者，可按永久性面神经麻痹处理。

（2）永久性面神经麻痹　主要是手术治疗。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

① 神经吻合术。适用于神经无缺损及缺损不大、直接缝合后无明显张力者。

② 神经游离移植术。用于因手术或损伤造成面神经部分缺损者。

2. 治疗措施

(1) 贝尔麻痹

① 急性期。主要控制炎症、水肿，改善局部血液循环，减少神经受压。如无禁忌证，主张一发病就立刻给予一疗程的糖皮质激素治疗。地塞米松 5～10mg，静脉滴注，每日 1 次，连续 3d；或口服泼尼松，每日 30～60mg，用 3d 后逐渐减量，一般不超过 10d。同时可每日肌内注射维生素 B_1 100mg 和维生素 B_{12} 200～1000μg，每日 3 次。急性期忌用强刺激针灸、电针等治疗。以免导致继发性面肌痉挛。

② 恢复期。主要是尽快使神经传导功能恢复和加强肌收缩，可以做电针灸治疗、超短波理疗。沿面神经走行的电针灸疗效显著。每日 1 次，每次 60min，7d 为一个疗程。病人还可做面部按摩及肌功能锻炼。

③ 后遗症期。按永久性面神经麻痹处理。

(2) 永久性面神经麻痹　神经无缺损、缺损不大、直接缝合后无明显张力者用神经吻合术。神经损伤缺损较大，直接吻合张力过大，或无法吻合者，不能勉强进行神经吻合术，需行神经游离移植术、神经桥接术（套管疗法）等。永久性面瘫的其他显微外科手术方法还有神经肌肉内移植术，横跨面神经移植术（包括带血管和不带血管的游离神经移植），不带血管的骨骼肌移植术，一期带血管、神经的肌肉移植术，分期带血管、神经的肌肉移植术，超长蒂节段肌瓣一期移植术等。另外，还有采用非显微外科手术，如应用静力性各种悬吊手术、动力性肌肉转移术、健侧肌力减弱术等进行整形治疗。静力性悬吊手术属静止矫正法，目前已很少用。

3. 疗程

① 术后加压包扎 2 周，避免涎瘘。

② 术后 2 个月复诊，检查面神经功能恢复情况，面部形态恢复情况，面神经功能检查测定。术后 2 个月做肌电图检查。

③ 继续服神经营养药 1～3 个月，剂量及服药时间可据面神经恢复情况而定。

④ 贝尔麻痹大多在 1～4 个月恢复。大多可彻底治愈，少数为不完全恢复，个别为完全不能恢复。常产生瘫痪肌的挛缩或联动运动，成为神经麻痹的后遗症。晚期面瘫无一种手术方法能达到治愈目的。肌肉移植加跨面神经移植被认为是当前治疗晚期面瘫的好方法。

三、中医会诊

1. 风寒袭络

［症状］　突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，伴恶寒重，发热，肢体拘紧，肌肉关节酸痛，舌质淡红，苔薄白，脉浮紧或浮缓。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［治则］　祛风散寒，通络和营。

［方药］　选用麻黄附子细辛汤加味。炙麻黄9g，炙附子10g，细辛3g，桂枝9g，防风12g，白芷9g，白芍15g，川芎10g，秦艽18g，甘草6g。

［加减］　表虚自汗者去炙麻黄，加黄芪30g、白术10g；兼头痛者加羌活10g、葛根30g；兼痰浊阻络者加胆南星10g、白芥子10g。

2. 风热袭络

［症状］　突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，伴口苦，咽干微渴，肢体肌肉酸楚，舌边尖微红，舌苔薄黄，脉浮数或弦数。

［治则］　祛风清热，活血通络。

［方药］　选用大秦艽汤加减。秦艽18g，川芎9g，当归9g，赤芍12g，石膏30g，羌活9g，防风9g，细辛1.5g，黄芩12g，生地黄18g，僵蚕6g，全蝎6g，甘草6g。

［加减］　若风热表证明显者可去细辛、羌活，加桑叶9g、蝉蜕6g；兼头晕目赤者加夏枯草18g、栀子12g；兼风痰阻络者加白附子6g、胆南星12g。

3. 风痰阻络

［症状］　突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，或面部抽搐，颜面麻木作胀，伴头重如蒙，胸闷或呕吐痰涎，舌胖大，苔白浊或腻，脉弦滑。

［治则］　祛风化痰，通络止痛。

［方药］　选用牵正散加减。白附子6g，白僵蚕10g，全蝎9g，白芥子15g，胆南星12g，防风12g，白芷10g，天麻15g，陈皮6g。

［加减］　如面肌抽搐频发者，加地龙10g、蜈蚣5g；病久兼瘀血者，加桃仁12g、鸡血藤30g、川芎15g。

4. 气虚血瘀

［症状］　口眼歪斜，眼睑闭合不全日久不愈，面肌时有抽搐，舌质淡黯，苔薄白，脉细涩或细弱。

［治则］　益气活血，通络止痛。

［方药］　选用补阳还五汤加减。黄芪45g，党参30g，鸡血藤30g，当归尾12g，川芎9g，桃仁12g，红花9g，白芍15g，地龙10g，全蝎9g，僵蚕10g。

［加减］　偏寒者加桂枝10g、细辛6g；兼痰浊者加白芥子15g、半夏12g、天南星10g。

（周伟东　刘　学）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第八章　颞下颌关节疾病

第一节　颞下颌关节紊乱

一、概述

颞下颌关节紊乱是口腔颌面部常见的疾病之一，并非指单一疾病，是一类病因尚未完全清楚而又有共同发病因素和临床主要症状的疾病的总称。好发于青壮年，一般都有疼痛、下颌运动异常、关节杂音等症状。其发病原因目前尚未阐明，一般认为与心理社会因素、牙殆障碍、免疫学因素、关节负荷过重、关节解剖结构异常有关。国内沿用 1997 年提出的分类，分为咀嚼肌紊乱、关节结构病、关节炎症性疾病、骨关节病四类。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 临床症状

（1）下颌运动异常　表现为开口度过大或过小；开口型异常，偏斜或扭曲；开闭口关节绞锁等。

（2）疼痛　在开闭口运动时关节区或关节周围肌肉出现疼痛，一般无自发痛，可有扳机点，慢性患者常伴有关节区酸胀、肌肉疲劳等。

（3）关节弹响和杂音　正常关节运动时无杂音，颞下颌关节紊乱（TMD）患者常出现关节区弹响音、破碎音或摩擦音。

（4）其他症状　这类患者常被发现伴有头痛症状，也有出现各种耳症、眼症及吞咽语音困难、慢性全身疲劳等。

2. 辅助检查

（1）颞下颌关节的 X 线检查　薛氏位、咽侧位可以观察关节间隙大小及关节的骨质有无改变。

（2）关节造影　是有效的检查手段，对检查关节结构变化及关节盘穿孔、关节盘移位、关节盘附着改变具有确诊意义。

（3）关节镜　通过关节镜可对疾病作出明确的诊断并可同期进行关节治疗。

（4）CT、MRI　可以对关节进行多角度的观察。

3. 临床分型

（1）咀嚼肌紊乱

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

① 翼外肌功能亢进。表现为开口过大，开口末期或闭口初期的弹响，弹响可发生在单侧或双侧，患者无关节区疼痛。

② 翼外肌痉挛。主要表现为疼痛和开口受限，关节区或周围钝痛，下关穴和上颌结节区压痛；开口受限，但被动开口要大于自然开口；开口型表现偏患侧，严重者出现急性咬合关系紊乱。

③ 咀嚼肌群痉挛。表现为一组肌群痉挛，常见的是闭合肌群。开口痛，开口受限，少数伴有头痛。

④ 肌筋膜痛。又称肌筋膜疼痛功能紊乱综合征。外伤或寒冷后引起疼痛，疼痛为局限性持久性钝痛，有明确的部位和压痛点。

(2) 关节结构紊乱

① 可复性关节盘移位。表现为关节开闭口运动中，由于关节盘的移位，关节出现弹响，伴有开口型的改变。关节区可有压痛，关节片可观察到关节间隙改变，前间隙变宽，后间隙变窄；关节腔造影可观察到关节盘移位。

② 不可复性关节盘前移位。一般由可复性关节盘移位转变而来，表现为开口度受限，关节无弹响，开口时开口型改变，偏向患侧；关节区疼痛；被动开口度不能增大。关节前间隙增宽，关节腔造影可见关节盘不可复性移位。

③ 关节囊扩张伴关节盘附着松弛。主要症状与翼外肌功能亢进相似，开口度过大，伴半脱位；关节造影可显示关节囊扩张和关节盘附着松脱。

(3) 关节炎症性疾病　不同于细菌引起的炎症性疾病，是由各种原因引起的滑膜或关节囊的急性炎症，包括关节盘后区损伤，咬合创伤等原因引起的关节疾病。疼痛部位位于关节后方，压痛明显，无红肿现象，咬合疼痛。

(4) 骨关节病　X 片或关节镜可观察到关节软骨、髁突骨质、关节盘发生器质性改变。关节运动时可听到连续性摩擦音或破碎音。伴有滑膜炎或关节囊周围炎时，出现开口痛和咀嚼痛，张口受限。

（二）鉴别诊断

疾病征象	疾　病	病　因	临床表现	相关检查
开口受限，疼痛	肿瘤	关节周围区域肿瘤	张口受限，疼痛，可伴有麻木	CT，B超等影像学检查有助确诊
	关节炎	关节发生细菌性或风湿性炎症	开口痛，关节腔周围红肿、压痛，细菌性感染症状或四肢关节炎症	血象检查或风湿疾病项目检查
	牙源性感染	因牙源性感染导致	感染导致各间隙感染，张口受限，局部病灶	X 线检查
	耳源性疾病	中耳炎或外耳道炎症	关节周围肿胀，开口疼痛	耳科检查
	破伤风	破伤风杆菌感染	开口困难，牙关紧闭；外伤史	特殊苦笑面容

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

疾病征象	疾　病	病　因	临床表现	相关检查
开口受限，疼痛	颈椎病	颈椎骨质增生	颈、肩、背、面部疼痛，与开闭口无关	颈椎X片
	癔病	心理疾病	癔病史；发病前有刺激因素；受暗示影响	

（三）治疗方案

1. 治疗原则

① 遵循合理的循序渐进的程序，以可逆性的保守治疗为主，采用对症治疗与消除或减弱致病因素相结合的综合治疗。最后才采用手术等侵入性治疗。

② 治疗同时对患者进行医疗知识的教育，让患者对关节进行自我保护，改变不良习惯。同时，也应对患者的心理进行辅导。

2. 治疗措施

（1）咀嚼肌紊乱　首选温和的物理治疗，不宜采用手术治疗。可以局部进行理疗、按摩、热敷、超声治疗及疼痛点的封闭等。应注意疼痛封闭和肌功能亢进使用的药物浓度不同，封闭次数也不一致。由咬合因素引起的疾病可进行调𬌗；由情绪引起的应调整心理，放松情绪；同时应对患者进行健康教育，避免各种可能加重或诱发疾病的因素。

（2）关节结构紊乱　首先进行缓和的治疗方式，如带用复位合板，调整关节盘的位置；关节腔内注射1%透明质酸钠，改善关节腔的流变学性能，减少关节腔摩擦，减轻关节疼痛症状。如果复位不成功，则可以根据具体情况酌情选用关节镜手术、关节开放性手术。

（3）关节炎性疾病　主要对局部组织进行封闭，同时限制下颌运动，以利于炎症消退和组织恢复。局部红外线、超短波、热敷均可改善症状。必要时可使用关节镜对关节腔进行冲洗，然后注射激素，可有效地减轻症状，促进关节恢复。

（4）骨关节病　对已发生关节器质性改变的患者应采用循序渐进的程序进行治疗，先保守治疗，如症状改善应不考虑手术。如保守治疗无效，应根据关节的器质性改变选择手术治疗。包括关节镜手术和各种开放性关节手术。

（四）医嘱示范

长期医嘱	临时医嘱
口腔科护理常规	血常规+出血、凝血时间
三级护理	尿常规
普通饮食	便常规
0.5%或1%普鲁卡因5ml，翼外肌封闭，每日1次，5～7次为1疗程	肝功能、肾功能
	电解质（钾、钠、氯、钙）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱
15%氯化钙溶液，两侧关节区及咀嚼肌区钙离子导入，每日 1 次，7～10 次为 1 疗程	乙型肝炎两对半
	血型
或 2%普鲁卡因 2～3ml 行翼外肌封闭	血糖
或泼尼松龙混悬液 0.5ml 加入 2%普鲁卡因 0.5～1ml 中，注射于髁突后区，每 5～7 日 1 次，注射 2～3 次	心电图
	胸部 X 线透视或全胸片
	X 线平片（关节薛氏位和髁突经咽侧位）
或 50%葡萄糖注射液，关节囊内注射，每次 2ml，每周 1 次	关节造影（必要时）
	关节内镜检查（必要时）
或 95%酒精或 5%鱼肝油酸钠 0.25～0.5ml，关节囊内注射，每周 1 次	**术前医嘱**
	在局麻或全麻下行关节盘复位术或关节盘修复术或关节盘摘除术或髁突高位切除术
蜡疗、红外线理疗每日 1 次	
	术区备皮
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g 阿托品 0.5mg　　im，术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔科局麻或全麻术后护理常规	电解质（钾、钠、氯、钙）
二级护理	血常规
半流质饮食或普通饮食	
换药，qd	
青霉素（640～800）万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　　iv drip，qd	

三、中医会诊

1. 风寒湿阻

［症状］ 下颌关节酸楚、疼痛，开合不利，畏风寒，遇寒湿加重，得热痛减；湿盛者可有肿胀，并可伴四肢小关节肿痛；舌质淡胖，苔薄白或白腻，脉弦紧。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

[治则] 祛风散寒，除湿通络止痛。

[方药] 选用蠲痹汤。羌活6g，姜黄6g，当归10g，黄芪10g，赤芍6g，防风6g，甘草3g。

[加减] 若偏于湿者，加薏苡仁10g、苍术6g、防己6g；若偏于寒者，加细辛3g、草乌3g；若痛甚者，加乳香6g、没药6g。

2. 风热湿阻

[症状] 下颌关节疼痛，疼不可触，开合不利，局部焮红灼热，得冷稍舒；全身多伴发热，口渴，心烦，喜冷恶热等症；舌质红，苔黄燥，脉滑数。

[治则] 疏风清热，利湿通络。

[方药] 选用白虎加桂枝汤。知母6g，石膏20g，粳米10g，桂枝6g，甘草3g。

[加减] 若热甚者，加金银花10g、连翘6g、黄柏6g；若湿重者，加防已6g、威灵仙6g；若风重者，加防己6g；若痛甚者，加地龙6g、海桐皮10g、姜黄6g。

3. 肝肾阴虚

[症状] 下颌关节酸胀疼痛，开合不利。伴心悸，头晕，眼花，耳鸣，腰酸，失眠多梦；舌质淡红，苔薄少，脉细。

[治则] 滋补肝肾，养血舒筋。

[方药] 选用虎潜丸。黄柏6g，龟甲15g，知母10g，熟地黄6g，陈皮6g，白芍10g，锁阳10g，干姜6g，虎骨（犬骨代替）10g。

[加减] 若偏肾阴虚者，加枸杞子10g、山茱萸（山萸肉）6g；若偏肾阳虚者，加右归丸；若疼痛甚者，加桑枝6g、丝瓜络10g、海风藤10g。

第二节 颞下颌关节脱位

一、概述

颞下颌关节脱位是指髁突滑出关节窝外，超越了关节运动的正常限度，以致不能自行回复原位。可分为单侧关节脱位和双侧关节脱位。按时间可分为急性脱位、复发性脱位和陈旧性脱位。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 临床表现

双侧脱位表现为下颌运动异常，开口状，不能闭口，唾液外流，语言不清，不能正常吞咽；下颌前伸，颊部变平，面部拉长；双侧关节窝空虚，髁突移位于

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

颧弓下。

2. 辅助检查

一般根据临床表现即可确诊，必要时可拍 X 线片，观察到髁突移位，关节窝空虚。

（二）鉴别诊断

疾病征象	疾病	病因	临 床 表 现	相关检查
开口状，不能闭口	髁突骨折	外伤	开口状，不能闭口；流口水，语言含混；有外伤史；咬合关系紊乱，后牙接触	X 线检查
	下颌骨骨折	外伤	开口状，流口水；语言含混；咬合关系紊乱，一侧后牙接触，下颌偏斜，可见开放伤口；外伤史	X 线检查
	口腔肿瘤	肿瘤	开口状，不能闭口；口腔内有肿瘤，舌体前伸	

（三）治疗方案

1. 治疗原则

根据脱位的情况确定脱位的类型、急慢性、脱位方向、脱位原因等。急性脱位应立即复位，复位后限制大开口运动；复发性脱位可考虑关节镜下进行硬化治疗；顽固脱位经硬化治疗效果不佳者，应手术治疗；陈旧性脱位，应考虑以手术复位为主，尽可能少采用切除髁突的破坏性手术。

2. 治疗措施

（1）急性前脱位　尽快手法口内或口外复位，限制大张口。

（2）复发性脱位　轻者采用硬化剂在关节后区周围注射，也可在关节镜下将硬化剂注射于关节后区滑膜下。硬化治疗失败的可采用手术治疗，如增加关节结节的高度，缩紧关节囊等。

（3）陈旧性脱位　以手术复位为主，尽量复位，时间较长者，可切除粘连部分。

（四）医嘱示范

长 期 医 嘱	临 时 医 嘱
口腔科护理常规	血常规＋出血、凝血时间
二级护理	尿常规
普通饮食	便常规
	肝功能、肾功能
	电解质（钾、钠、氯、钙）
	乙型肝炎两对半

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱
	心电图
	胸部X线透视或全胸片
	X线颞下颌关节片＋关节造影
	术前医嘱
	局麻或全麻下行手术复位或关节结节增高术，关节囊紧缩术或关节结节凿平术
	术区备皮
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g 阿托品 0.5mg　}　im,术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔科局麻或全麻术后护理常规	肝功能、肾功能
一级护理	电解质(钾、钠、氯、钙)
半流质饮食或普通饮食	心电图
换药,qd	青霉素皮试
氯己定/甲硝唑(复方洗必泰漱口液)漱口,tid	
青霉素(640～800)万单位 5%葡萄糖氯化钠 500ml　}　iv drip,qd	

三、中医会诊

1. 寒邪伤络

［症状］ 下颌单侧或双侧脱位，时间短暂属首次脱位，言语不清，下颌偏歪，局部扪痛。

［治则］ 疏风散寒，通络止痛。

［方药］ 选用蠲痹汤。羌活 6g，姜黄 6g，当归 10g，黄芪 10g，赤芍 6g，防风 6g，甘草 3g。

2. 肝肾亏损

［症状］ 下颌脱位反复发作；全身可兼见头晕眼花，腰膝酸软，或口燥咽干；舌红，少苔，脉细数。

［治则］ 滋补肝肾，强筋壮骨。

［方药］ 选用六味地黄汤。熟地黄 10g，山茱萸 6g，山药 10g，牡丹皮 6g，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

泽泻 10g，茯苓 10g。

［加减］ 若偏于肾虚者，去茯苓，加菟丝子 10g、杜仲 10g、牛膝 6g 等。

3. 气滞血瘀

［症状］ 下颌关节脱位日久未能回复，齿错不合，局部扪痛或有硬结。

［治则］ 活血化瘀，消肿止痛。

［方药］ 选用桃红四物汤。桃仁 6g，红花 6g，当归 10g，生地黄 10g，赤芍 6g，川芎 6g。

［加减］ 若局部肿痛甚，可加丹参 10g、鸡血藤 10g、乳香 6g、没药 6g 等。

第三节 颞下颌关节强直

一、概述

因器质性改变导致长期开口困难或完全不能开口者，称为颞下颌关节强直。按病因通常分为两类：第一类关节内强直，亦称真性强直，指关节内发生纤维性或骨性粘连；第二类关节外强直，亦称假性关节强直，指关节外皮肤、黏膜或深层组织纤维或瘢痕粘连。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 关节内强直

① 关节内强直的常见原因是儿童期炎症，最常见的是中耳炎，脓液扩散到关节内引起。另一常见原因是关节外伤；类风湿关节炎引起较少见。

② 关节内强直表现为进行性的开口困难或完全不能开口，病史较长。开口困难的程度根据关节内粘连的程度有所不同，纤维性强直可有一定的开口度，骨性强直则完全不能开口。关节外强直则依颌间瘢痕挛缩的程度而定。

③ 面下部发育畸形。多发于儿童，随年龄增长而逐渐加重，颏部偏向患侧，患侧下颌体短小，面部丰满，健侧扁平。双侧强直者形成小颌畸形面容。

④ 咬合关系紊乱。面下部垂直距离变短，牙弓变小狭窄。下前牙唇侧倾斜呈扇形分布，下颌磨牙舌向倾斜。

⑤ 髁突活动减弱或消失。

⑥ X线检查。可观察到关节间隙模糊、消失成骨球状，甚至骨性团块波及冠突、颧弓、乙状切迹。

2. 关节外强直

（1）开口困难　常因骨折、火器伤、物理化学烧伤、放射性损伤等造成颌间形成挛缩的瘢痕致开口受限。开口困难的程度因关节外瘢痕粘连的程度而不同。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（2）颌面部瘢痕挛缩或缺损畸形　口腔龈颊沟变浅，触到索条状瘢痕。

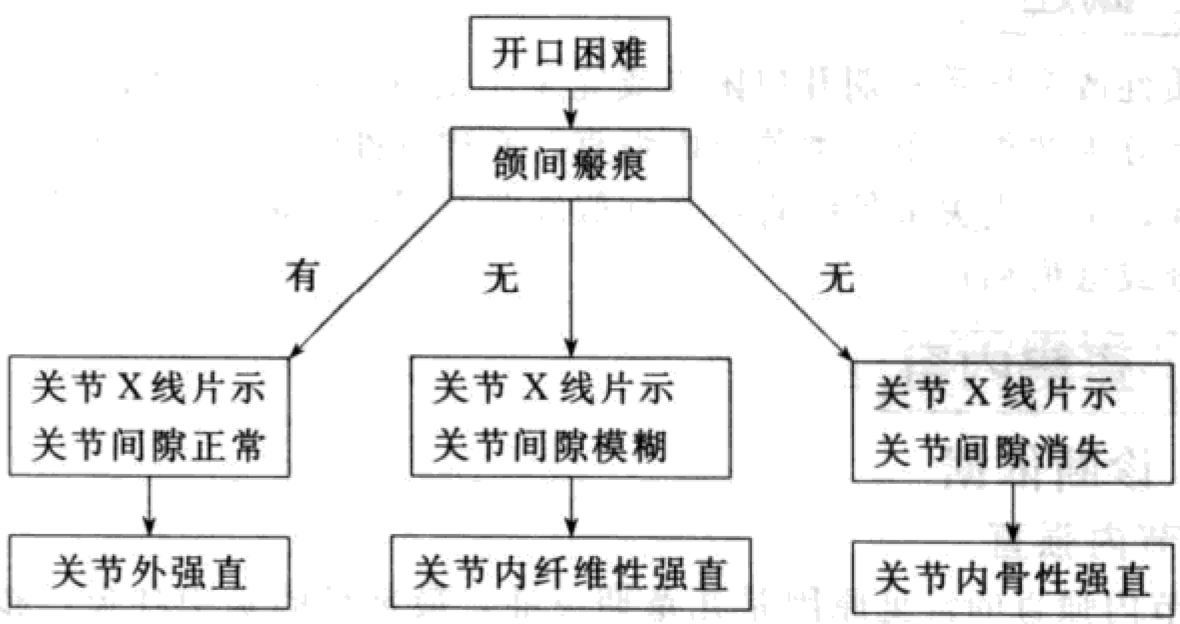
（3）髁突活动减弱　与关节内强直不同，开口运动时患侧髁突可有轻微动度，侧方运动时活动更明显。

（4）X线检查　髁突、关节窝、关节间隙清晰可见，颌间间隙密度增高，可见大小不等的骨化灶。

（二）鉴别诊断

疾病征象	疾　病	病　因	临床表现	相关检查
开口困难	关节内强直	关节炎症或关节外伤	面下部畸形，咬合关系错乱，开口困难	X线检查
	关节外强直	颌间组织损伤	颌间瘢痕，面部畸形轻，颌间瘢痕挛缩	X线检查

（三）病情分析思路



（四）治疗方案

1. 关节内强直

纤维性关节内强直可采用髁突切除术；骨性关节内强直需采用颞下颌关节成形术，术中注意去除粘连的骨质，保持截开的间隙，形成关节的点面接触。

2. 关节外强直

切断和切除颌间挛缩的瘢痕，凿开颌间粘连的骨质，形成的新创面用组织瓣覆盖，恢复开口度。颌间瘢痕局限的，切除瘢痕后用中厚皮片修复；颌间瘢痕广泛，累及上颌结节、冠突或整个颌间的，口外切口，切除瘢痕组织，采用各种瓣修复创面。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

（丁桂聪　赵晋龙　徐　玲）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第九章　先天性唇腭裂

第一节　唇　裂

一、概述

先天性唇腭裂是最常见的先天性畸形之一，其发病率在国内大约为1.6‰～1.8‰左右，美国大约为1‰。男性多于女性，单侧多于双侧，左侧多于右侧。唇裂合并腭裂约占1/2以上，单纯唇裂多于单纯腭裂。农村发病率高于城市。国内不同行政区域之间的统计数字略有差异。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史

（1）父母有关病史　家族史（包括父亲一方），妊娠期工作及居住环境，妊娠期吸烟、饮酒史；病毒感染史；营养情况；精神状态；用药及种类、剂量、使用时间；妊娠及生产次数等病因学检查。

（2）患儿出生之后　产伤史，喂养情况，发育情况（包括语言及智力发育情况），畸形变化情况，预防接种史，上呼吸道感染、肺炎及外耳道流脓史等。

2. 全身情况

包括发育情况（身高、体重、营养状况等），心肺检查，有无合并畸形，有无呼吸道感染、咽扁桃体或腺样体肥大及程度，手术区域有无皮肤感染等。

3. 体征

包括唇裂的程度（高度及宽度）、侧别（左侧、右侧或者双侧）、鼻小柱偏斜的方向及程度、鼻翼扁平情况以及有无牙槽突裂等。

4. 辅助检查

（1）血液学检查　包括血常规、凝血功能检查，重点了解患儿有无贫血、感染及出血性疾病。如果患儿血红蛋白含量低于100g/L则需要首先纠正贫血状况或在手术前输注红细胞混悬液。

（2）胸部X线片　用于观察心、肺、纵隔、胸骨和肋骨有无明显的形态学改变。呼吸系统的感染是手术禁忌证；严重的先天性心脏病可以出现心脏形态的改变。

（3）心电图　唇腭裂手术前进行心电图检查是必需的，心电图异常患儿需要查清原因。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

(4) 腹部B超检查　可以发现肝、胆囊、胰腺、肾脏等重要脏器的先天性畸形，并在术前采取必要的诊治措施。

5. 唇裂的分类

(1) 国内分类方法

① 单侧唇裂。

a. Ⅰ度唇裂。仅限于唇红部裂开，不超过唇红缘。不伴明显鼻畸形。

b. Ⅱ度唇裂。裂隙超过唇红缘但是没有到达鼻底，可伴有或不伴鼻畸形。

c. Ⅲ度唇裂。上唇从唇红至鼻底完全裂开，伴有明显的鼻翼扁平及鼻小柱歪斜畸形。

d. 隐形唇裂。肉眼见不到明显裂隙，但是口轮匝肌不连续。皮肤可以见到沟状凹陷或膜状瘢痕样改变，唇峰分离。伴或不伴有鼻畸形。

② 双侧唇裂。参照单侧唇裂的分类方法进行分类：双侧Ⅲ度唇裂；双侧Ⅱ度唇裂；左侧Ⅱ度唇裂右侧Ⅲ度唇裂等。

(2) 国际分类分法

① 单侧唇裂。

a. 单侧不完全唇裂。

b. 单侧完全唇裂。

② 双侧唇裂。

a. 双侧不完全唇裂。

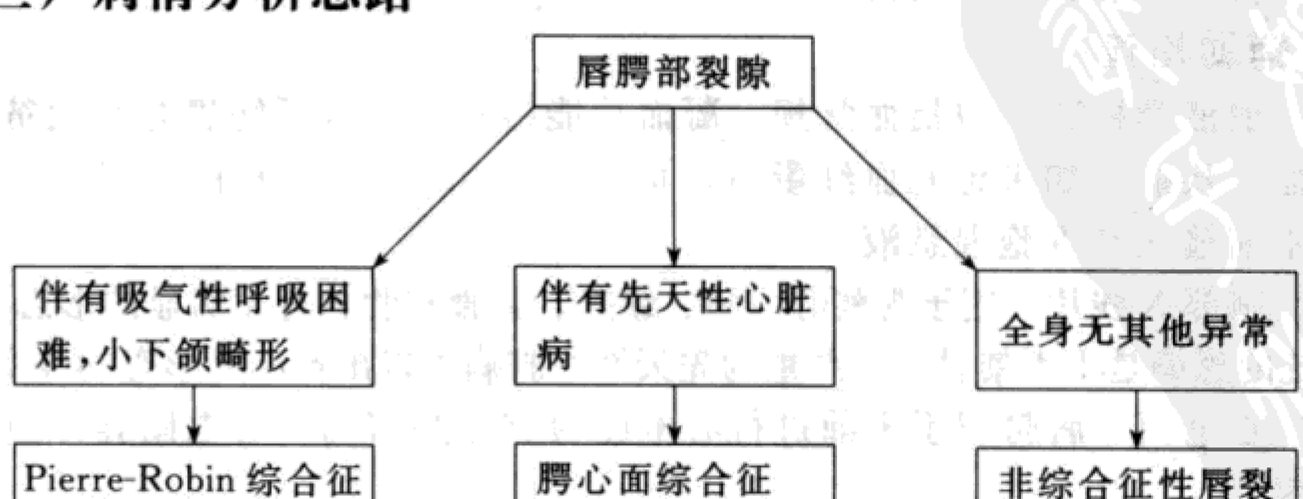
b. 双侧完全唇裂。

c. 双侧混合性唇裂（一侧完全，一侧不完全）。

（二）鉴别诊断

疾病名称	主　要　特　性	辅助检查
唇裂	上唇存在先天性裂隙，可伴腭裂	—
Pierre-Robin 综合征	上唇裂隙，上腭裂隙，小下颌畸形，特殊面型；并发吸气性呼吸困难	头颅侧位片
腭心面综合征	特殊面型，上唇、上腭裂隙，伴发先天性心脏病	心脏彩超检查

（三）病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（四）治疗方案

1. 唇裂的治疗原则

① 恢复上唇的基本解剖形状。

② 恢复口轮匝肌的连续性。

③ 初步整复鼻部外形。

④ 减轻畸形对于患儿心理发育的影响。

⑤ 充分考虑到发育对手术效果的不良影响。

2. 唇裂首次修复的手术时机

（1）4个“10”原则　国际上通常指患儿满足10周龄、体重10磅（4.5kg）以上、白细胞计数$10^4/mm^3$及血红蛋白10g/100ml以上。

（2）其他时间　北欧地区常常在患儿出生后1个月内实施手术，国内大多数医院采用的手术时间是出生后3～6个月。双侧唇裂选择在6～12个月。

3. 手术方法

唇腭裂是口腔颌面最常见的先天性畸形，由于其可以引起除视力以外的颌面部多器官形态和功能的障碍而备受人们的关注。从现在的观点来看，只有对于整形外科的基本原则融会贯通的高年资医师才有资格完成唇腭裂修复手术。

（1）单侧唇裂手术

① 下三角瓣法。又称为Tennison方法。该方法适用于单侧唇裂，其特点是在外侧裂缘设计一个三角瓣插入内侧裂缘（前唇）的创面、人中沟中下1/3交界部位，使得向上移位的唇红部分得以下降到正常位置，从而完成畸形矫治过程。但是对于发育中的儿童患者，该方法远期容易产生患侧上唇逐渐增长的后果，这类畸形非常难以纠正；加之，该手术方法破坏了人中沟的整体形态，手术瘢痕的方向与患侧人中嵴走行不一致，从而影响了临床上的应用。同时，对于鼻畸形的矫治效果不佳，比如鼻尖及鼻小柱偏斜矫正不足、鼻底部形态欠理想等，也是其明显的缺点。这种方法对于前唇发育较好及人中切迹比较明显的患儿效果较好；对于成年患者，如果同时配合鼻畸形矫正，则效果更佳。

② 上三角法。

a. Millard Ⅰ式。也称为旋转推进法。该方法在比较符合胚胎学发育的原理的同时，很好地保留了人中沟的完整性，手术瘢痕又隐藏于患侧的人中嵴上，因而可以获得更好的临床效果。此方法此后又经过多次改进，最终被称为Millard Ⅰ式，是目前国内外最为流行的唇裂修复手术方法；可以将Millard Ⅰ式的特点归纳如下。

ⅰ. 是目前修复不完全唇裂的最佳手术方法；对于裂隙较宽的完全性唇裂，则需要把鼻底的切口向鼻翼旁延伸，必要时附加口腔前庭的松弛切口。

ⅱ. 具有高度的灵活性，可以在整个的手术过程中不断修正，直到获得满意的效果，甚至如果发现前唇无法下降到适当位置，可以改为Millard Ⅱ式进行修复。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

ⅲ．切口线与人中嵴及鼻阈走行方向一致，比较隐蔽。

ⅳ．很好地保留了自然的唇弓和唇珠。

ⅴ．可以形成良好的上唇下 1/3 前翘外观。

ⅵ．罕见类似 Tennison 方法出现的生长不对称现象。

ⅶ．修复后双侧上唇不对称是 Millard 本人公开承认的该方法的唯一缺点，而这主要是由唇裂畸形的特点造成的，似乎与手术方法无明确关联，是否其他手术方法能够解决这一缺陷，还没有见到相关文献支持。

ⅷ．设计的灵活性是该术式的优点，但是，对于初学者而言，难以把握却是其不可回避的缺点。所以初学者实施该手术的时候，需要高年资医师指导。

ⅸ．对于裂隙较宽的完全性唇裂，特别是伴有腭裂的病例，该方法存在前唇部下降不足的问题。

b. Millard Ⅱ式。将Ⅰ式的鼻小柱基底部切口向健侧人中嵴延伸，并沿着健侧人中嵴内侧向下方切开，称之为"回切（back cut)"，切口的长度以能够将"A"瓣下降到正常位置为标准。此时的"A"瓣由三角瓣变成了近似的矩形瓣。然后再将原来鼻底的小皮瓣（"B"瓣）向健侧旋转并上提，使用该瓣的基底部延长患侧鼻小柱，而其尖端插入到回切切口内。最后将侧唇的皮瓣（"C"瓣）插入到前唇部经过修整的创面内对位缝合。Millard Ⅱ式在继承了 Millard Ⅰ式全部优点的同时，可以使得前唇部获得足够的下降幅度，又延长了患侧鼻小柱，恢复了鼻尖的位置，鼻外形恢复比较理想。缺点是上唇不对称的问题没有解决，甚至比 Millard Ⅰ式更加严重。

c. Millard Ⅲ式。Millard 在 1999 年最新提出的手术方式，其实质是在前两种术式的基础上，增加患侧鼻小柱和鼻翼切口，在修复唇裂的同时，将患侧异位的鼻大翼软骨同期复位。但是，是否会影响鼻软骨的发育，目前尚缺乏严密设计的大样本临床病例证实。如果仅仅应用于成年患者，则不存在影响发育的问题，鼻唇畸形同期整复，可以收到良好的效果。

③ 隐裂、Ⅰ度及浅Ⅱ度唇裂的修复方法。如果同时伴有鼻畸形，则使用经过适当变通的 Millard Ⅰ式可以收到比较理想的效果。Ⅰ度唇裂的修复主要是恢复唇红缘及唇红的形态，以修复唇红为主，多数情况下仅仅需要在唇白做直线或者弧形切口即可完成修复。伴有肌不连的隐裂需要同时进行口轮匝肌的重建。

（2）双侧唇裂修复术　双侧唇裂的治疗远比单侧唇裂复杂得多，治疗效果也无法同单侧唇裂相比。经过多年的探索研究，对双侧唇裂修复学者提出了多种方法，但从原理上大致可分为利用前唇长度为基础的原长法；利用前唇长度和侧唇长度作为术后前唇长度的加长法。双侧唇裂的修复，在理论上可以对称设计，临床效果应该比较理想。但是在临床应用中，术前设计往往受到前唇过短、鼻小柱发育程度不等、前颌过度前突及不对称前突、裂隙过宽等因素的影响，手术效果多不理想。

4. 唇裂修复的相关技术问题

（1）唇红的处理　唇红的处理包括恢复唇红缘的正常弓状结构（Cupid's

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

bow)、形成正常唇珠、双侧对称的上唇厚度及手术瘢痕的隐蔽。常用的方法有“Z”字交叉瓣方法；患侧三角瓣插入法；个别健侧、患侧厚度相同的可采用直线缝合。

（2）口轮匝肌重建 将肌肉组织与皮肤及口腔黏膜分开，然后行断端对位缝合。肌重建概念的提出，是因为唇裂患者的口轮匝肌由于裂隙的存在而不能与对侧结合，从而改变方向分别附着于鼻小柱基底及鼻翼外侧脚。肌重建最重要的是切断肌肉在鼻小柱基底部和鼻翼外侧脚的异位附着，其次是将肌肉下降到正常位置并于对侧缝合。

（3）鼻畸形的处理 单侧唇裂，特别是唇腭裂患者的鼻畸形，表现为鼻小柱及鼻尖偏斜、鼻翼扁平和鼻孔过大。双侧唇裂的鼻畸形是由于组织不足，造成鼻小柱过短甚至缺口，及鼻孔过大。多数学者主张鼻畸形要等到5岁之后进行比较彻底地整复。近十几年来，主张鼻畸形整复与唇裂手术同期进行的呼声越来越高，但是，由于时间尚短，没有明确的证据表明对于鼻软骨的发育没有影响。

（4）人中嵴再造的问题 人中嵴部位在组织学上是由于真皮层增厚形成的，人为重建很难模拟。因为瘢痕毕竟不是真皮组织。即使有个别成功的例子，随着时间的推移，可能也会变形。所以不宜过分强调。

5. 唇裂术后的护理

（1）全麻患儿的术后处理

① 手术后全麻患儿需要在复苏室进行复苏，生命指征平稳并拔除气管内插管后方可送回病区。

② 患儿宜平卧，头偏向一侧，以免误吸。

③ 清醒后2h，可以给予少量流质食物

④ 全麻期间或者全麻后给予适量地塞米松，防止气道水肿的发生。

（2）唇裂患儿的术后创口处理

① 术后常规使用抗生素预防感染，并一次性使用止血药物防止伤口出血。

② 唇部创口不需要敷料包扎，及时用生理盐水清洗唇部创面，必要时使用碘伏清洗渗出物及鼻腔分泌物，以防缝线或者痂下感染，造成复裂或加重瘢痕形成。

③ 使用小汤匙或滴管喂养，禁止使用奶嘴；限制患儿上肢活动，防止患儿搔抓伤口及吸吮手指等。

④ 如果唇部张力较大，则考虑使用唇弓，可以使用10天左右。

（五）医嘱示范（以10kg体重为例）

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规
三级护理	尿常规
流质饮食	便常规

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱	
	血型	
	出血、凝血检查	
	肝功能、肾功能	
	乙型肝炎两对半+丙型肝炎抗体	
	胸部正位片+心电图	
	术前医嘱	
	全麻下行左侧唇裂修复术	
	术前禁饮食 6h	
	头孢菌素皮试	
	苯巴比妥(鲁米那)30mg 阿托品 0.1mg	im,术前 30min

术后长期医嘱		术后临时医嘱	
口腔外科全麻术后护理常规		血常规	
一级护理		5%葡萄糖氯化钠 10ml 地塞米松 2mg	iv drip
流食			
口腔、上唇护理,tid			
生理盐水注射液 100ml 头孢菌素 0.5g	iv drip bid		

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第二节 腭　　裂

一、概述

腭裂是由于在胚胎发育过程中腭突的融合障碍，造成腭部出现不同程度的裂隙。可单独发生亦可与唇裂同时发生，与唇裂不同的是除软组织缺损外，腭裂尚

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

存在着严重的骨畸形。腭裂影响病人的吸吮、语言、进食、面型等方面，给患者的生活质量造成严重的困扰，同时也造成不同程度的心理障碍。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史

家族史（包括父亲一方），妊娠期工作及居住环境，妊娠期吸烟、饮酒史；病毒感染史；营养情况；精神状态；用药及种类、剂量、使用时间等病因学调查。

患儿出生之后喂养情况，发育情况（包括语言及智力发育情况），畸形变化情况，预防接种史，上呼吸道感染、肺炎及外耳道流脓史等。

2. 全身情况

发育情况（身高、体重、营养状况等），心肺检查，有无合并畸形、有无呼吸道感染、咽扁桃体或腺样体肥大及程度，手术区域有无皮肤感染等。

3. 体征

临床体检应该注意腭裂宽度及临床分类、侧别（左侧、右侧或者双侧）、前颌突出程度及方向、侧颌塌陷情况、腭穹隆有无过高、发音情况、软腭运动情况及牙列不齐等。

4. 辅助检查

与唇裂的检查相似。

5. 腭裂的分类

根据腭裂累及一侧或者双侧可以分成单侧或双侧腭裂；同时，根据腭裂的严重程度分为下列 4 种类型。

（1）Ⅰ度腭裂　仅为腭垂裂开。

（2）Ⅱ度腭裂　自腭垂至切牙孔后方裂开，可伴不完全牙槽突裂。

（3）Ⅲ度腭裂　自腭垂至牙槽突全部裂开。

（4）隐性腭裂　又称为黏膜下腭裂，其特征是：分叉腭垂、软腭肌不连及硬腭后缘切迹。软腭中线淡蓝色半透明区。

6. 腭裂患者的耳咽功能检查

（1）外耳道及鼓膜形态学检查　外耳道有无异常分泌物；如有鼓膜内陷，提示鼓室内负压形成；正常的鼓膜呈半透明乳白色，鼓膜充血、肿胀，表明有急性炎症存在。鼓室内有积液时，鼓膜色泽呈现橘黄色、琥珀色或灰蓝色，透过鼓膜可以见到液平面或者气泡；个别情况下可以见到鼓膜穿孔。

（2）咽鼓管功能检查

① 听觉检查。腭裂患儿的咽鼓管及中耳功能障碍最终表现为听觉减退。鼓室负压，鼓膜内陷导致鼓膜顺应性下降，对声音的反应能力及幅度减弱；鼓室积液会直接改变正常的声音传导过程；化脓性感染可以破坏中耳结构甚至听骨链，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

造成永久性听力损害。

② 纯音听力计检查。主要用于成人及可以配合检查的幼儿。是通过纯音听力计发出不同频率的可以调节强度的纯音，测定听觉范围内的不同频率的听敏度，判断有无听觉障碍，估计听觉损害的程度及病变部位。腭裂患儿主要表现为气导听阈升高，特别是低频区。骨导听阈正常或者基本接近正常。气骨导差超过10dB即有临床意义，在鼓膜穿孔或者听骨链中断、固定的患儿气骨导差可以达到40～60dB，提示严重的听传导功能损害。

③ 声导抗测试。通过声导抗仪测试患儿的声导抗情况，评价其鼓膜及听骨链的弹性和顺应性，以反映患儿的中耳功能状态的方法。临床常用的是鼓室压图(鼓室功能曲线)，正常的曲线称作A型曲线；B型曲线提示鼓室积液及中耳明显粘连；C型曲线表明咽鼓管功能障碍。

④ 镫骨肌反射。也是一种测试听敏度的方法，需要借助声导抗仪进行。

(二) 鉴别诊断

同“唇裂”。

(三) 病情分析思路

同“唇裂”。

(四) 治疗方案

1. 手术原则

① 手术方法重建口腔及鼻腔的分隔，有利于摄食及喂养并减少呼吸道感染的发生率。

② 保护听力。

③ 恢复牙列形态及形成正常咬合功能。

④ 重建软腭功能，恢复正常的腭咽闭合，进而改善语言发育状况。

⑤ 促进患儿正常心理发育。

⑥ 尽可能减少对于面部，特别是面中份发育的影响。

2. 腭裂首次修复的手术时机

腭裂手术治疗，除了考虑患儿的手术耐受性、手术难度、手术者的手术技巧掌握程度以外，目前争论最大的是如何兼顾手术对于改善语音发育及影响颌骨发育之间的矛盾。北欧国家在患儿1岁之内，甚至只有6～8个月的时候即进行腭裂修复手术，多数国家在1岁之后进行手术；我国前几年考虑到基层医院的实际情况，建议手术时机选择在2～3岁时进行。近几年的文献资料多提倡在1～2岁时进行腭裂修复手术，这样可以在患儿学习语言之前矫正腭部畸形，建立良好的腭咽闭合功能，形成良好的发音习惯，同时又有可能减少对颌骨发育的影响。另外，早期行腭裂修复术可以显著减少患儿听力损害的程度，这也已经被临床研究所证实。

3. 腭裂修复手术方法

(1) 经典的Langenbeck手术　适用于各种类型的单侧腭裂，要点是剖开裂

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

缘后，在硬腭两侧做松弛切口，然后将硬腭的黏骨膜瓣向中线移位并缝合。缺点是没有明显的软腭延长过程。

（2）Dorrance 的单瓣后推手术　在硬腭上形成一个舌形黏骨膜瓣并向后方推移以延长软腭的手术，适用于不完全腭裂。

（3）双瓣后推手术　目前最常用的手术方式之一，可以较大程度延长软腭。缺点是硬腭遗留较大的裸露创面，后期形成瘢痕会影响颌骨及牙列发育。

（4）Furlow 的双向反“Z”手术　1978 年由 Furlow 报道。在结合其他硬腭裂隙修复技术，特别是在 Langenbeck 技术的基础上，通过在软腭的鼻腔及口腔侧黏膜上分别形成两个方向相反的“Z”字成形术，从而延长软腭的手术方法。对于软腭明显发育不足的患者，延长软腭效果较好，但是对于手术者操作技巧要求较高，否则会造成较大创伤。

4. 腭裂手术的相关技术

（1）犁骨瓣技术　主要适用于双侧腭裂及部分裂隙较宽的单侧腭裂患儿。即将犁骨表面的黏膜自中线剖开，然后向两侧翻起并与硬腭鼻腔侧黏膜缝合以修复腭部裂隙的方法。

（2）颊肌黏膜瓣转移腭裂修复术　该方法避免了硬腭部位的松弛切口，对于颌骨发育影响很小；在修复裂隙的同时，可以有效地延长软腭（可达 1.5cm 以上），从而形成良好的腭咽闭合功能；不需要凿断翼钩及分离软腭肌肉，可以重建良好的软腭肌肉功能。研究随访 5 个月～21 年，发音正常率达到 97.9%，手术中位年龄 6.2 个月，穿孔率只有 3.9%。手术时间较长，术中出血量似乎也较传统的方法稍多。

（3）肌肉重建及软腭延长　软腭肌肉重建的重点是恢复软腭部肌肉双侧的连接。软腭的肌肉由于裂隙的存在不能与同侧连接，部分肌肉，特别是腭帆提肌部分纤维折返向前方附着在硬腭骨性裂隙后份，形成临床上所谓的裂缘肌（cleft muscle）。要重建软腭肌肉的悬吊功能，必须切断该处的异位附着，并使之向后方复位，然后在中线与对侧的同类肌肉对位缝合。而对于重建腭帆张肌而言，保留翼钩及其上方绕过的腭帆张肌肌腱是至关重要的。

（4）腭腱膜的处理　常规的做法是在硬腭后缘剪断腭腱膜，但是这样会在鼻腔侧遗留一个菱形创面，术后产生收缩后又将曾经延长的软腭变短。有学者的做法是在硬腭后缘开始，将腭腱膜与鼻腔侧黏膜一起剥离，充分松弛并后退，使得腭腱膜的附着部位后移，从而达到后推软腭鼻腔面的目的，减少了手术创伤。但是这样做可能存在的缺点是，软腭的鼻腔侧与口腔侧后推的程度不一致。

（5）颌骨发育　腭裂手术形成的“M”形瘢痕以及骨黏膜瓣下形成的膜状瘢痕会严重影响患者的颌骨发育，造成上颌骨发育迟缓，目前已经得到普遍公认。同时，这些瘢痕还会影响牙列的发育，其特征是，瘢痕收缩造成上颌牙列长轴内倾，上颌牙弓缩窄，从而影响牙齿的正常排列。另一方面，继发于上颌骨的发育改变，下颌骨表现为前牙反𬌗或者并发后牙反𬌗、下颌骨发育过长及下颌角角度

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

过大等。

5. 腭裂患儿的术后处理

① 术后常规使用止血药物，如果唾液中少量带血，可以不予处理，如果出血量较多则需要压迫止血或重新手术止血。

② 术后适量应用抗生素，防止创口感染。

③ 术后2周内流质饮食，1个月内半流质饮食。尽量减少患儿大声哭喊。防止患儿将手指、玩具等放入口腔，以免导致切口裂开。鼓励患儿多饮水，并保持口腔清洁。

（五）医嘱示范

参见“唇裂”。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第三节　牙槽突裂

一、概述

牙槽突裂与腭裂相同，是胚胎时期球状突与上颌突融合障碍所致，故亦称为前腭裂。在临床上，可与唇裂伴发，更为常见的是与完全性唇腭裂伴发。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史与体征

参见“腭裂”。

2. 牙槽突裂的分类

牙槽突裂的最常发生部位在侧切牙与尖牙之间，其次是中切牙与侧切牙之间，少数发生在中切牙之间或伴发上颌骨裂。根据裂隙的程度分为如下几种类型。

（1）牙槽突完全裂　从鼻腔到前腭骨完全裂开，裂隙宽度不一，口鼻腔贯通，常见于单侧或双侧完全腭裂患者。

（2）牙槽突不完全裂　牙槽突部分裂开，鼻底及前庭部牙槽突有凹陷性缺损，但保持牙槽突的连续性，连续部分黏膜完整，口鼻腔不相通。多见于不完全唇裂的患者。

（3）牙槽突黏膜下裂　临床上常称为牙槽突隐裂，指牙槽骨有线状缺损或轻度凹陷，无裂隙，黏膜完整，口鼻腔不相通。临床偶见于不完全性唇裂患儿。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（二）鉴别诊断

参见“唇裂”。

（三）病情分析思路

参见“唇裂”。

（四）治疗方案

1. 牙槽突裂治疗原则

① 为裂隙临近牙齿的萌出创造正常的骨质。在恒牙萌出前建立正常的牙槽骨，使恒牙通过正常骨基质萌出，牙齿有正常的牙周骨支持，防止牙齿过早脱落。

② 恢复裂隙两侧正常的牙弓，使牙槽骨保持正常的连续性和稳定性。可有效防止裂隙两侧骨段的塌陷。

③ 封闭口鼻腔瘘和牙槽突裂。

④ 为唇和鼻底提供一个稳固的支架，形成良好的裂隙侧鼻翼基底形态，改善面部外形。

2. 牙槽突裂修复时间

目前多数学者认为牙槽突裂植骨应在替牙期，在尖牙萌出前进行，大约在8～11岁。也可用尖牙牙根形成作为指征，即在尖牙牙根形成1/2～2/3时手术。

3. 植骨方法

① 裂隙较小，软组织缺损少的患者，可在裂隙区牙列周围设计基底在侧上方的牙龈黏膜瓣覆盖创面。

② 裂隙较宽，局部组织缺损较多的，可设计基底在侧上方的双侧龈唇黏膜瓣，滑行到缺损区覆盖创面。

③ 裂隙宽，软组织不足以修复缺损的患者，可选择设计蒂在上方的唇颊黏膜组织瓣，旋转90°，覆盖唇侧创面，修复裂隙。

4. 牙槽突裂植骨修复的植骨床与植骨源

（1）植骨床的准备　需进行植骨的受骨区，在没有炎症和溃疡的情况下方可进行植骨。但在某些患者，其植骨床在进行植骨之前，需先对牙槽突裂进行正畸治疗。反殆的病例，需在植骨前将牙齿移到正常位置上；双侧唇裂的患者，需将内倾的切牙移至正常倾斜度，前颌前突明显，两侧牙弓过分靠拢，应扩弓使前颌后退有足够的间隙；对于裂隙侧骨段不在同一平面的，正畸可在术前使牙弓恢复正常的弧度；对于骨段过于靠拢，影响手术操作的患者，术前正畸一般不超过6个月。术前正畸可以为手术创造良好的视野，方便植骨，提高植骨的效果。

（2）植骨源　理想植骨来源要求供骨区具有取骨量丰富，成骨活性好，取骨方便，供区遗留并发症少的优点。目前常用的供骨区主要有髂骨、下颌骨联合区、肋骨、颅顶骨、胫骨及磨牙后区。研究证实骨松质植入1周内即有血管化，3周内完全血管化，骨缺损区迅速愈合，而且骨松质具有较强的抗感染能力。故

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

临床上经常选用骨松质，而较好地满足上述条件的供骨区以髂骨、颅骨为最适宜。目前又以髂骨最为常用。

5. 牙槽突植骨术后处理及并发症

(1) 术后处理

① 预防术后感染，保持口腔卫生，给予抗生素3～5天。

② 减少局部运动，避免受力，进软食1～2周。

③ 术后10～14天拆线。

④ 勿用力咀嚼，以免术区受过大刺激；勿安置修复体。

(2) 术后并发症

① 创口裂开。多由于术中减张不够，导致组织瓣张力过大、血运障碍或感染引起创口裂开。如无明显感染，可保持口腔清洁，创口自行愈合，如发现死骨，则应及时取出。

② 术后感染。多发生于术后1～2周，创面裂开，有脓性分泌物。可给予抗生素治疗，局部清洁，如有死骨形成，可取出死骨部分。

③ 植入骨排出或吸收。其原因有感染；创面裂开；创伤过大；缺乏功能刺激；植入骨质量差等。骨吸收严重者需重新植骨。

④ 植骨区尖牙阻萌。多数恒尖牙在植骨后2.5年即可萌出，如果植骨2年内尖牙牙根发育无变化，或植骨3年后尖牙未萌出的即为阻萌。不能正常萌出的尖牙需进行正畸助萌术。

(3) 疗效评价指标

① 裂隙牙之间，骨壁为正常高度。

② 植入骨超过正常骨高度的3/4。

③ 植入骨低于正常骨高度的3/4。

④ 裂隙牙之间无骨壁存在。

①②临床上属于成功病例，③④属失败病例。

(五) 医嘱示范

长期医嘱	临时医嘱
口腔外科护理常规	血常规
三级护理	尿常规
流质饮食	便常规
	血型
	出血、凝血检查
	肝功能、肾功能
	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体
	胸部正位片＋心电图

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长期医嘱	临时医嘱
	术前医嘱
	全麻下行左侧牙槽突裂修复术+左髂骨取骨术
	术前禁饮食 6h
	头孢菌素皮试
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g　阿托品 0.5mg　im,术前 30min

术后长期医嘱	术后临时医嘱
口腔外科全麻术后护理常规	血常规
一级护理	5%葡萄糖氯化钠 250ml　氨甲苯酸(止血芳酸)0.1g　iv drip
流质饮食	
口腔护理,tid	
生理盐水注射液 250ml　头孢菌素 1.5g　iv drip,bid	

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第四节　腭咽闭合不全

一、概述

人在吞咽、说话时，软腭上抬、咽上缩肌收缩导致腭咽腔通道的暂时性关闭称为腭咽闭合。腭咽闭合完全是人类正常发音的生理基础。腭咽闭合不全(velopharyngeal incompetency，VPI)分为先天性和后天性两种。后天性腭咽闭合不全可发生于腭裂术后、口咽部恶性肿瘤手术后、外伤后口咽部瘢痕挛缩、鼻咽癌放疗术后等。临床最为常见的是腭裂术后发生的腭咽闭合不全患者，据有关资料统计腭裂术后仍有5%～40%的患者存在VPI。

二、查房内容

(一) 诊断依据

1. 病史

通过患儿家长主诉，存在语音不清、含混，说话时带有严重的鼻音；有无腭

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

裂手术史及其他手术、外伤史；鼓气无力，漏气等。

2. 体征

（1）口腔和腭咽腔的常规检查　患者取坐位，头后仰45°，患者发/a：/音时，观察软腭、咽侧壁及派氏嵴收缩程度，观察活动度和能否闭合，腭咽腔是否过深。

（2）汉语语音清晰度测定法　是评价语音清晰度的重要方法，目前国内已有汉语语音清晰度检查表，如上海第二医科大学采用的汉语语音测评表已被国内外同学术领域的学者采用。

（3）气流气压测定法

① 吹水泡试验（blowing test）。目前临床上最为常用的方法之一，用一根水管吹气，正常人一般可维持20s以上，腭咽闭合不全的患儿只能维持5s左右。

② 雾镜检查（fogged mirror）。用一块特制的带有刻度的不锈钢片放在鼻底部，发某些音时，观察雾气的程度，雾气范围越大，提示VPI程度越重。

③ 鼻息计。目前国外临床上常用的检测异常语音的仪器，帮助了解发音过度鼻音的程度，从而反应腭咽闭合不全的程度。

④ 呼吸流量计。通过呼气流体力学的原理来检测患儿呼气量和呼气压。

⑤ 头颅侧位片。在发某些音时，从X线片上反应软腭的活动程度和腭咽腔的深度及软腭肌层的厚度。

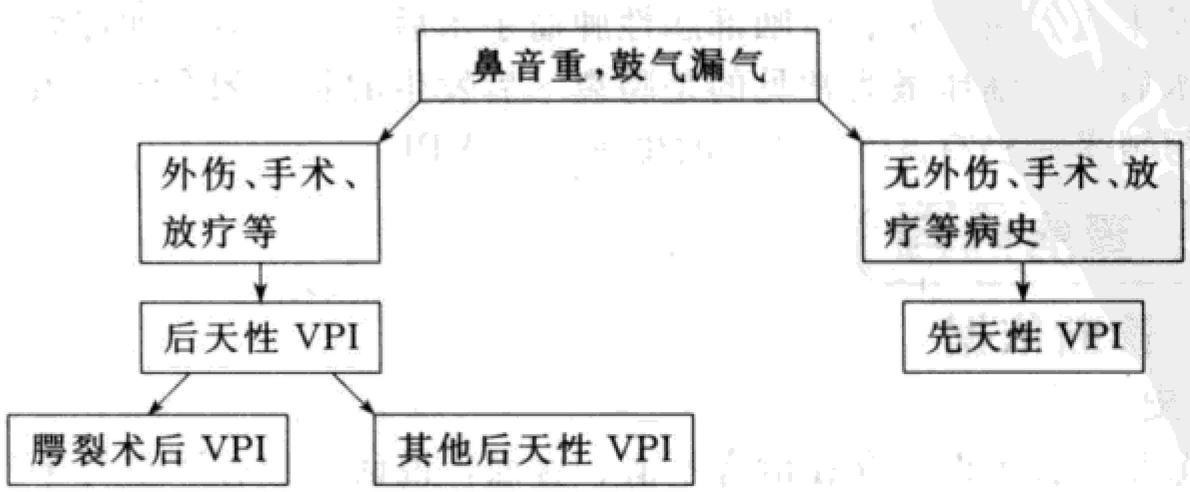
⑥ 鼻咽纤维镜检查。借助内镜可以动态检查腭咽部运动情况，并记录在录像带上。

⑦ 计算机语音分析仪。近年来广泛应用的一种可视、可定量的语音分析仪器。

（二）鉴别诊断

疾病名称	主要特征	辅助检查
先天性腭咽闭合不全	语音中带有严重鼻音，先天性，无任何外界因素影响	鼻咽纤维镜
腭裂术后腭咽闭合不全	语音中带有严重鼻音，有腭裂手术史	鼻咽纤维镜
其他后天性腭咽闭合不全	语音中带有程度不同的鼻音；有口腔外伤、肿瘤手术、放射治疗史	鼻咽纤维镜

（三）病情分析思路



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（四）治疗方案

1. 治疗原则

通过手术或非手术的方法，在发音时阻断口腔与鼻腔气流的互通，使口腔内保持一定的压力，恢复正常发音所需要的生理条件。

2. VPI 治疗方法

（1）腭裂术后 VPI 治疗的时机　腭裂术后治疗需患儿的配合，一般主张在 4 岁以上，这个阶段的患儿能听懂和理解句子的内容，并有一定的模仿能力；一般要求无严重智力、听力障碍，智商测定 IQ 大于 70，听力测定值小于 30～40dB。

（2）手术治疗

① 咽后壁组织瓣转移术。主要适用于软腭过短或悬雍垂缺少，软腭距咽后壁距离较长，软腭活动差，咽侧壁移动度好的腭咽闭合不全的患者。

② 腭咽肌瓣转移术。主要适用于年龄不大，且软腭动度好，咽侧壁动度差的 VPI 患儿。

（3）VPI 的修复治疗

① 适用证。腭裂术后存在 VPI 的患儿，患儿及家长不接受二次手术治疗，腭裂术后软腭瘢痕严重，再次手术困难，全身状况不适宜进行手术的患儿。

② 禁忌证。脑神经缺陷患儿；不能合作的患儿。

③ 修复方法。

a. 腭堵塞器。用于覆盖软硬腭穿孔，使口鼻腔分开，改善生理功能。

b. 咽阻塞器。主要由腭托、阻塞球和连接杆组成，阻塞球可将口鼻腔分开，形成机械屏障，刺激咽壁肌肉功能，改善语音。主要适于腭咽闭合不全，软腭短等。

c. 腭上举托。主要适于软腭功能差，腭帆运动小的患儿。其使软腭尽量接近咽后壁，缩小腭咽闭合口，从而改善语音。

（4）语音治疗　通过对腭裂患儿进行语音训练，用标准的发音方式进行发音，纠正其不正确的发音习惯的语音治疗方法。针对患者的不良发音习惯，进行送气、鼓气、舌尖用力等生物反馈方法治疗，使患者能找到发音的新感觉，改掉过去不正确的发音习惯。适于腭裂术后语音不良且腭咽闭合正常的患儿；存在 VPI 但已经进行过手术或修复体治疗的患儿。

（五）医嘱示范

参见“唇裂”。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第十章 牙颌面畸形

牙颌面畸形是指因颌骨发育异常引起的颌骨体积、形态、上下颌骨之间及其与颅颌面其他骨骼之间的关系异常和随之伴发的殆关系异常及口颌系统功能障碍与颜面形态异常。其发病率大约在20%左右。以研究和诊治牙颌面畸形为主要内容的学科称为正颌外科，它是一门新兴的综合性边缘学科，也是口腔颌面外科学的一个重要分支。它主要是通过正畸治疗和颌骨外科手术方式，矫正颌骨及其相关结构中的异常肌骨、牙骨和软组织之间的相互关系，矫正因颌骨位置异常而导致的面部畸形和咬合错乱，从而建立牙颌面结构与功能的稳定和平衡。其研究内容包括畸形诊断、治疗计划的制定和治疗措施的实施三部分。

第一节 颌骨发育过度畸形

一、概述

颌骨发育过度畸形是指上、下颌骨在前后方向、上下方向、水平方向过度发育所造成的。表现为面型的过度前突、面型的过度伸长及面型过宽。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史与体征

（1）病史 重点了解患者的家族遗传史、创伤史和其他疾病情况。患者面部畸形开始时间，加重的时间以及近期有无继续生长的情况；畸形稳定的时间长短，给患者面型、功能及心理上造成多大的影响等。

（2）体征 发育过度的面部特征在下颌表现为面下1/3比例失调。具体表现在颏部前突，面下1/3过长，导致面中份凹陷呈“蝶形脸”，下唇位于上唇前方；前牙呈反殆或对刃殆。上颌发育畸形发现上颌前牙及牙槽前突，开唇露齿，微笑时露龈过多。上下前牙唇侧倾斜，前牙覆殆覆盖过深等。

2. 辅助检查

① X线检查。头颅定位正侧位片、双侧关节片、全口曲面断层片，必要时加拍牙片、CT及CT三维重建片。

② 实验室检查。重点是血常规、出血、凝血及肝功能、肾功能检查。

③ 记存模型和研究模型，面相记录。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 畸形的临床分类

(1) 前后方向发育过度畸形　包括上颌发育过度（前突，Angle Ⅰ类或Ⅱ类）、下颌发育过度（前突，Angle Ⅲ类）、下颌颏部发育过度（Angle Ⅰ类）、双颌前突（主要为上颌、下颌前部前突，多为 Angle Ⅰ类）。

(2) 垂直方向发育过度畸形　包括上颌发育过度（多为 Angle Ⅱ类，伴有开𬌗或不伴开𬌗）和下颌发育过度（常与水平方向发育过度同时存在而呈 Angle Ⅲ类）。

(3) 左右方向发育过度　又称宽面综合征（large face syndrome）主要为双侧下颌角发育过度伴咬肌肥大，呈现方面型，往往合并颏部发育不足（多为 Angle Ⅰ类）。

4. 常用 X 线头影测量硬组织标志点及测量项目

① 头影测量侧位片常用硬组织标志点及测量项目。

蝶鞍点（S）：蝶鞍中心点。

鼻根点（N）：鼻额缝最前点。

眶下缘点（O）：眶下缘最低点。

鼻前棘点（ANS）：鼻前棘的最尖端点。

上牙槽座点（前鼻棘下点，A）：上牙槽座的骨凹最凹点，或前鼻棘与中切牙的上牙槽突最凹点。

下牙槽座点（颏上点，B）：下颌骨联合唇侧下牙槽突最凹点。

颏前点（Po）：骨颏部最前点。

颏下点（Me）：骨颏部最低点。

颏顶点（Gn）：颏前点与颏下点之间的中点。

后鼻棘点（PNS）：硬腭后缘中央区骨棘向后的最尖点。

颅底-眶下缘角（∠SNO）：前颅底平面（SN）与鼻根点至眶下缘最低点（NO）之间的夹角。代表眶与颅的前后方向相对位置关系，同时可以在前颅底平面角度异常时作为校正参考。

颅底-上牙槽座角（∠SNA）：前颅底平面（SN）与鼻根点至上牙槽座点连线（NA）之间的夹角。代表上颌与前颅底的前后方向相对位置关系。此角增大表明上颌前突，反之示上颌后缩。

颅底-下牙槽座角（∠SNB）：前颅底平面（SN）与鼻根点至下牙槽座点连线（NB）之间的夹角，代表下颌与前颅底的前后方向相对位置关系。此角增大表明下颌前突，反之，示下颌后缩。

上下牙槽座角（∠ANB）：为∠SNA 与∠SNB 之差。代表上颌基骨与下颌基骨的前后方向相对位置关系。此角增大，表明上颌前突，反之，代表上颌后缩，或下颌前突。

面角（facial angle）：指眼耳平面（FH）与面平面（NPo）之间的夹角。反映颏部与面部其他部分的相对位置关系。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

颌平面角（SN-Mp）：前颅底平面（SN）与下颌平面（Mp）之间的夹角。反映下面部的垂直比例与前后比例关系，代表下颌平面的陡度及面部的高度。

② 头影测量正位片硬组织标志点及测量项目。

额宽距（Mf-Mf）：两侧额骨颧突之间的距离。

眶横距（Lo-Lo）：Lo点为眼眶侧壁与蝶骨大翼（斜线）之间的交点。眶横距即上面宽，为两侧Lo点之间的距离。

颧弓横距（Bz-Bz）：两侧颧弓最外侧点之间的距离，为中面宽。

鼻宽距（Bm-Bm）：左右鼻腔侧壁之间的最大距离。

上颌宽距（Mx-Mx）：上颌点（Mx）为上颌骨侧壁与上颌颧突下之间的最凹点，上颌宽距即两侧Mx点之间的距离。

下颌角宽距（Co-Go）：Go为下颌角后下的最突点。下颌角宽距即两侧Go点之间的间距，为下面宽。

③ X线头影软组织测量分析。牙颌面畸形外科矫治的颜面美容效果主要显示在面部软组织轮廓形态上，因此颜面软组织的测量分析也十分重要。

a. 侧位片常用的颜面软组织标志点。

额前点（G）：额部最高点。

鼻根点（Ns）：与鼻根（N）相应的软组织点。

鼻小柱点（Cm）：鼻小柱上端的最前点。

鼻底点（Sn）：鼻小柱与上唇底的交界点。

上唇最突点（UL）：上唇红缘人中部最突点。

下唇最突点（LL）：下唇中线最突点。

软组织颏前点（Po′）：颏部软组织的最前点。

软组织颏下点（Me’）：颏部软组织的最下点。

颈点（C）：颏下区与颈前线的交点。

b. 软组织侧貌分析。由上述的颌面软组织标志点可构成若干线角，并由此对颏部、上唇、下唇、鼻部以及面高比例等能够反映侧貌和颜面美学的因素进行分析和评估。

在颜面部的美学分析评估及牙颌面畸形外科矫治的设计和疗效评估中有两点十分重要。

ⓐ 颜面的中线与对称性。颅面正中矢状面通常即作为面部中线的基线。正常颜面的前鼻棘点、鼻尖点、上唇唇弓中点以及上下牙弓中线基本上应位于正中矢状面上；而左右眉、眼、颧突、鼻翼、鼻唇沟、口角、颊、下颌角及两侧同名牙亦应基本处于对称位置。

ⓑ 比例匀称。正常人颜面部垂直比例应呈均衡的三等分，即发际点至眉间点，眉间点至鼻下点，鼻下点至颏下点（软组织）三部分的高度应基本相等，即各占1/3。以下唇下缘为界，又将下面1/3分为两等分，即鼻下点至下唇下缘与下唇下缘至颏下点各占1/2；或以口裂及颏唇沟为界，将面下1/3又分为三等

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

分。面下 1/3 是颜面形态表现多样、易变且最富于个性特征的部分，也是最常引起牙颌面畸形，正颌外科涉及最多、对颜面美貌影响最大的重点区域。因此，在牙颌面畸形的诊断和治疗上应当是考虑的重点。

（二）鉴别诊断

1. 下颌前突鉴别诊断

疾病名称	主要特征	辅助检查
假性下颌前突	上颌骨发育不全，上牙弓较小，上牙拥挤，腭穹隆高拱	X线头影测量分析下颌骨的大小位置正常
肢端肥大症	内分泌功能异常；面部下颌骨肥大；同时四肢也表现为肥大	全身四肢X线检查
家族性颌骨肥大	特殊面型，"圆月脸"，幼年开始发病，青春期病变生长加速	X线头影测量分析

2. 上颌前突鉴别诊断

疾病名称	主要特征	辅助检查
畸形性骨炎	全身性疾病，上下颌骨均可侵犯，上颌骨发病率高，上颌发育过度	X线片骨质密度呈"棉花絮"状；血碱性磷酸酶升高
重型珠蛋白生成障碍性贫血	除颌骨畸形外，有珠蛋白生成障碍性贫血症状，多有遗传性家庭史	血液实验室检查可确诊
假性上颌前突	下颌骨发育不全，颏部后缩，下牙拥挤，上颌骨发育正常	X线头影测量分析上颌骨发育正常

（三）治疗方案

1. 治疗原则

① 术前需结合正畸治疗，矫正错位牙，调整不协调牙弓及咬合关系，排除咬合干扰，排齐牙列，消除牙齿的代偿性倾斜。

② 根据头影测量分析和模型外科，明确诊断和确定手术方案和截骨部位。

③ 完善术前的各项准备工作，包括输血、引导𬌗板、患者的准备。

④ 严格按术前手术方案，不能术中随意改动手术方案。

⑤ 术后需结合正畸，稳定，巩固手术效果。术后加强随访。

2. 手术模拟预测试验

（1）投影剪裁模拟手术试验　本试验在于术前确定治疗的目标，选择能达到满意的功能与美容效果的手术方法，包括手术类型、骨切开部位、骨块移动方向以及预测按选用方法治疗后的效果。通常采用透明描图纸或半透明的绘图用硫酸纸，覆盖于手术前摄制的头颅X线侧位片上，进行包括软组织、硬组织侧貌的复制描迹共两张。按畸形情况及治疗要求，将其中一张剪开作为模拟切开后的牙-

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

骨复合体模板；然后将该模板覆盖重叠于另一张描迹投影图的相应部位；继而移动模板至矫正牙颌畸形的需要位置，从二维侧貌图上达到基本正常的牙殆关系以及正常的上下颌与颅颌关系。并用以此设计计算出切开骨块的类型、矫正畸形所需牙-骨复合体移动的方位和距离，其移动后的软组织轮廓变化可按此推算。

（2）计算机辅助设计与疗效预测　可以应用正颌外科X线投影测量计算机分析诊断系统，模拟正颌外科手术设计与疗效预测。设计出若干治疗方案，依预测结果进行模拟比较，从中选出最佳方案。

（3）石膏模型外科　将从患者口中取模制作的殆石膏模型安置固定于殆架，按初步设计，切开形成牙-骨复合体石膏块，并在三维方向移动该游离的石膏块至所期望的矫正位置，然后用蜡将其固定；与头影描迹或剪裁模拟设计等方法所获二维侧貌相比，石膏模型外科可获得矫正骨块的三维立体空间变化及结果，并可观察、判断手术后骨块及咬合的确切立体方位。

3. 手术术式

（1）下颌前突畸形　主要手术包括口内进路的升支垂直或斜形截骨；口内进路的下颌升支矢状劈开截骨术。其中下颌矢状劈开截骨术最为常用。

（2）上颌前突畸形　常用的术式包括上颌前份节段性骨切开术，全上颌骨水平方向骨切开术。这需根据不同的畸形，选择适宜的术式方式。

4. 术后并发症及处理

（1）呼吸道梗阻　呼吸道梗阻的常见原因有以下几点。

① 各类上颌骨切开及骨块移位术后，引起上颌窦及鼻腔的黏膜水肿、渗血，以及某些病例需将上颌骨段上移等原因而使鼻腔气道变小，形成通气不畅。

② 下颌升支区手术常可引起咽侧肿胀，致口咽部气道变窄，如骨创面明显渗血，可形成咽旁、口底等部的血肿，造成上呼吸道梗阻。

③ 颏成形术后口底血肿、水肿，舌根后退，呼吸道梗阻。

④ 气管内插管引起声带黏膜的水肿或损伤，使喉气道变窄。

⑤ 拔除气管导管前未将口咽部的敷料等异物清除，或在病员的咳嗽及吞咽反射尚未完全恢复以前拔管，口鼻腔内渗血、分泌物以及知名血管损伤出血等都可引起急性呼吸道梗阻。

为了预防可能出现的呼吸道梗阻，应尽量减少术中创伤，细心止血。应在患者完全清醒后拔除气管导管，而且在按常规拔除气管导管前，要仔细清除在口咽部可能遗留的纱布、血凝块及分泌物。必要时在拔管后安置口咽导管，以防舌根后坠阻塞气道。如术后发生呼吸道阻塞症状，应及时查明原因，争分夺秒地进行有针对性的处理。

（2）出血　由于正颌手术的特点，术后早期创部轻度渗血较为常见，一般不需特殊处理，全身或局部应用止血药物即可。术后明显的持续性出血亦并非罕见，如不进行及时有效的处理，后果严重。严重的出血，除凝血功能障碍者外，一般上颌手术（Lefort Ⅰ型或Ⅱ型骨切开术）因离断或损伤腭降动脉及颌内动脉

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

后未能有效地处理血管断端所致；下颌手术［下颌升支矢状骨切开术或下颌升支斜行（垂直）骨切开术］则多因损伤下牙槽神经血管束所致。

（3）感染　正颌手术的创部感染一般与下列因素有关。

① 骨切开线设计不妥或术中操作不当，特别是软组织蒂的撕裂甚至离断。

② 骨瓣附着的软组织剥离过于广泛，引起血供严重障碍，使局部抗感染能力明显降低。

③ 局部血肿、异物遗留。

④ 伤口愈合不良，唾液渗入组织间隙。

⑤ 口腔卫生不良等也是引起创部感染的因素之一。因此避免上述问题的出现，术中严格按照操作规程进行是预防感染的有力措施。术后通常采用鼻饲饮食，一方面保持口腔清洁，另一方面保证患者恢复期的营养。如已发生化脓性感染，则应积极引流并根据脓培养及细菌药物敏感试验加强抗生素的应用。

（4）牙髓及骨坏死　由于软组织张力过大或覆盖不全引起的小区域骨质暴露，有可能出现局限性骨密质层坏死。正确的手术（特别是软组织蒂）设计和操作，保证牙-骨复合体的血供，预防感染的发生，是避免发生骨坏死重要而有效的措施。

（5）骨愈合不良及错位愈合　骨切开线设计及骨块复位不当，骨块断面接触不良，特别是骨块固定不牢是正颌外科术后出现骨愈合不良或错位愈合的常见原因，而血供不良及局部感染也直接影响骨的愈合。目前，采用钛板行骨间坚强内固定，大大提高了骨块固定的可靠性，也缩短了颌间固定的时间。

（6）神经损伤　正颌手术可能涉及的神经损伤主要是下颌手术可能引起的下牙槽神经、颏神经及面神经损伤。下牙槽神经、颏神经损伤可能发生在下颌骨体部骨切开术、颏成形术或下颌支垂直（斜行）骨切开术时，但最易引起下牙槽神经损伤的是下颌支矢状骨切开术。正确的手术设计及操作是防止正颌手术引起神经损伤的关键因素。

（四）医嘱示范（以体重 60kg 为例）

长　期　医　嘱	临　时　医　嘱
口腔外科护理常规	血常规、尿常规、便常规
三级护理	头颅正侧位片＋下颌全景片
流质饮食	血型
	交叉配血
	备浓缩红细胞 1U
	出血、凝血检查
	肝功能、肾功能
	乙型肝炎两对半＋丙型肝炎抗体
	胸部正位片＋心电图

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

续表

长　期　医　嘱	临　时　医　嘱	
	术前医嘱	
	全麻下行双侧下颌升支矢状截骨术	
	术前禁饮食 8h	
	术区备皮	
	头孢菌素皮试	
	苯巴比妥(鲁米那)0.1g	im，术前 30min
	阿托品 0.5mg	

术后长期医嘱		术后临时医嘱	
一级护理		5%葡萄糖氯化钠 500ml	iv drip
流质饮食		地塞米松 5mg	
注意保持呼吸道通畅		氨甲苯酸(止血芳酸)0.1g	
口腔护理，tid		心电监护 6h	
生理盐水注射液 500ml	iv drip，bid	吸氧 6h	
头孢菌素 2.5g			

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第二节　颌骨发育不足畸形

一、概述

颌骨发育不足包括颌骨前后方向、垂直方向、左右方向三个方向的发育缺陷，常见的畸形有上颌发育不全，下颌后缩畸形等。

二、查房内容

(一) 诊断依据

1. 病史与体征

(1) 病史　下颌发育不全着重了解家族史、外伤史及肿瘤放疗史，上颌发育

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

不足除了解上述情况外，尚应检查是否合并某些综合征或有唇腭裂病史。

（2）体征　上颌发育不全表现为面中1/3比例异常，表现为鼻-上颌复合体凹隐，向后移位，鼻翼宽阔，呈现“蝶形脸”。上唇扁平，鼻唇角为钝角，上前牙外露少，后牙呈远中关系，前牙反𬌗。下颌发育不合表现为面下1/3高度减低，颏部后缩，下颌角前切迹明显，下唇下缩，严重者呈现“鸟形脸”。后牙表现远中关系，深覆𬌗、深覆盖。

2. 辅助检查

参见“颌骨发育过度畸形”。

3. 畸形的临床分类

（1）前后方向发育不全畸形　包括上颌发育不全（多为Angle Ⅲ类）、下颌发育不全（多为Angle Ⅱ类）、下颌颏部发育不全（多为Angle Ⅰ类）。

（2）垂直方向发育不全畸形　包括上颌发育不全（多为Angle Ⅲ类）、下颌发育不全（多为Angle Ⅱ类）、下颌颏部发育不全（Angle Ⅰ类或Ⅱ类）。

（3）左右方向发育不全畸形　多为继发性发育不全，往往有前后方向及上下方向的上颌、下颌发育不全（Angle Ⅱ类）。

4. 常用X线头影测量硬组织标志点及测量项目

参见“颌骨发育过度畸形”。

（二）鉴别诊断

参见“颌骨发育过度畸形”。

（三）治疗方案

1. 治疗原则

参见“颌骨发育过度畸形”。

2. 手术模拟预测试验

参见“颌骨发育过度畸形”。

3. 手术术式

（1）上颌发育不全畸形　多采用全上颌水平方向骨切开术，包括低位、高位，即低位Lefort Ⅰ型，高位Lefort Ⅱ型，Lefort Ⅲ型。

（2）下颌发育不全畸形　主要采用双侧下颌升支矢状劈开截骨术。亦可根据病情，采用下颌根尖下截骨术、上颌前部截骨术、颏成形术等。

4. 术后并发症及处理

参见“颌骨发育过度畸形”。

（四）医嘱示范

参见“颌骨发育过度畸形”。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第三节 不对称性牙颌面畸形

一、概述

与普通的颌骨畸形相比，它主要表现在面部牙颌面的不对称性，是一类特殊的颌骨畸形，治疗方法具有独特的特点。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史与体征

（1）病史 病史记载中重点是畸形出现的时间、发展变化情况、目前是否处于稳定状态，这些决定治疗时机是否成熟。还要关注有无全身其他系统畸形，决定是否需要联合其他治疗。同时需要通过与患者进行深入交流，准确客观评价患者的心理状态，确定患者有无充分的思想准备进行治疗。

（2）体征 面部非对称性畸形，可表现为患侧面部丰满，健侧相对扁平，患侧下颌体向下突出；也可双侧丰满度基本对称，颏部明显偏向健侧；患侧下颌骨偏短，左右不对称，可伴有面横裂及耳廓畸形等。

2. 辅助检查

参见“颌骨发育过度畸形”。

3. 临床分类

① 偏颌前突畸形。常因一侧髁颈发育过长引起。

② 单侧下颌骨肥大畸形。或称单侧下颌巨额。

③ 单侧下颌发育不全。由先天性的第1、2鳃弓发育障碍引起，亦可因为一侧关节损伤、炎症及关节强直引起。

④ 单侧髁状突肥大。

⑤ 半侧颜面发育不全。畸形常累及颧骨、颞骨、上颌骨并伴软组织畸形。

4. 常用X线头影测量硬组织标志点及测量项目

参见“颌骨发育过度畸形”。

（二）鉴别诊断

本类畸形除特殊的临床表现可以帮助诊断外，主要依靠X线片进行确诊。

（三）治疗方案

1. 治疗原则

应根据畸形的部位、程度，选择术式，矫正面部畸形，改善咀嚼功能，恢复正常的咬合关系。

2. 手术模拟预测试验

参见“颌骨发育过度畸形”。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3. 手术术式

（1）单侧髁状突肥大　患侧行保留髁状突的下颌升支垂直截骨术，健侧行下颌升支矢状劈开骨切开术，必要时搭配颏成形术。

（2）单侧下颌巨颌　一般选择下颌骨下缘骨质切除术。

（3）不对称性下颌前突　一般选择双侧升支垂直截骨术，同时配合颏成形术。

（4）单侧下颌发育不全　多数需施行双颌手术，可配合面部植骨术矫正面部非对称性畸形。

4. 术后并发症及处理

参见“颌骨发育过度畸形”。

（四）医嘱示范

参见“颌骨发育过度畸形”。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

第四节　长面综合征

一、概述

长面综合征是上颌垂直方向过度发育，同时下颌发育不足，可伴有开䶗。畸形发生的问题主要在颌骨的垂直方向上。

二、查房内容

（一）诊断依据

1. 病史与体征

（1）病史　患者可有创伤史、家族史、关节强直史等。记载中重点是畸形出现的时间、发展变化情况、目前是否处于稳定状态，这些决定治疗时机是否成熟。还要关注有无全身其他系统畸形，决定是否需要联合其他治疗。同时需要通过与患者进行深入交流，准确客观评价患者的心理状态，确定患者有无充分的思想准备进行治疗。

（2）体征　面中 1/3 可见鼻及鼻翼基底窄，鼻侧区凹陷；面下 1/3 变长，上唇在自然状态下不能闭合。上唇切牙暴露过度，开唇露齿，颏部后缩畸形，有的伴有前牙开䶗。正常人上面高占 45%，下面高占 55%，面部比例指数为 10，长面综合征者大于 10。一般具备面下 1/3 过长、上颌骨垂直方向发育过长，颏后缩 3 个症状，即可诊断。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2. 辅助检查

参见"颌骨发育过度畸形"。

3. 临床分型

主要分为两个亚型，伴有开𬌗；不伴有开𬌗。

4. 常用X线头影测量硬组织标志点及测量项目

参见"颌骨发育过度畸形"。

(二) 鉴别诊断

本类畸形除根据临床表现可以诊断外，X线片可帮助确诊。

(三) 治疗方案

1. 治疗原则

应根据畸形的部位、程度，选择手术，矫正面部畸形，改善咀嚼功能，恢复正常的咬合关系。参见"颌骨发育过度畸形"。

2. 手术模拟预测试验

参见"颌骨发育过度畸形"。

3. 手术术式

① Lefort Ⅰ型截骨术+下颌自动旋转移位+水平截骨颏成形术。

② Lefort Ⅰ型截骨术+双侧下颌升支截骨术+水平截骨颏成形术。

4. 术后并发症及处理

参见"颌骨发育过度畸形"。

(四) 医嘱示范

参见"颌骨发育过度畸形"。

三、中医会诊

本病中医无相关论述。

（赵晋龙　丁桂聪）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

附　　录

一　处方用拉丁语缩写

aa;aa	各,各等分
a. c.	食前,饭前,餐前
ad	至,加至
add.	加,加入
ad lib	随意
ad us. ext.	外用
ad us. int.	内服
aeq.	等量的
Agit.	振摇
a. j.	早饭前
a. m.	午前,上午
amp.	安瓿
aq.	水
A. S. T;AST	皮试
aur. dext.	右耳
aur. laev	左耳
aorist.	滴耳剂
b. i. d. ; bid	每日 2 次
cap.	服用
caps.	胶囊
cito	急
c. m.	明晨
co.	复方的
coch. amp.	一大调羹
coch. med.	一中调羹
coch. parv.	一小调羹
collut.	漱口剂
col.	漉过;滤过
collyr.	洗眼剂
D. S.	给予,标明用法
d. t. d.	给予同量(数个)
dil.	稀的
div. in p. aeq.	分成等份
enem.	灌肠剂
et	与
ext.	浸膏
filt.	滤过;滤器
parg.	含漱剂;含漱液
gtt.	滴;滴剂
hebd	1 周,1 星期
h. n.	今晚
h. s.	临睡时
i. c.	食中;餐间
i. h.	皮下注射
i. m. ;im	肌内注射
i. v. ;iv	静脉注射
inhal.	吸入剂
inj.	注射剂
lin.	搽剂
lot.	洗剂
m.	早晨
M. D. S.	混合,给予,标明用法
M. f	混合,制成
mist.	合剂
n.	晚间
nar.	鼻孔
neb	喷雾剂
No. ;N.	数量
ocust	滴眼液
O. D.	右眼
O. S. ;O. L.	左眼
O. U.	双眼
omn. d. ;o. d.	每天
omn. m. ;o. m.	每晨

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

omn. n.；o. n.	每晚
p. a. a.	用于患部
past.	糊剂
p. c.	食后
pig.	涂剂
pil.	丸剂
pulv	散剂，粉剂
p. m.	下午
p. o.	口服
pro ocul.	供眼用
pro rect.	用于直肠(肛内用)
p. r. n.；prn	必要时
pro ureth.	用于尿道
pro us. ex..	外用
q.	每
q. d.；qd	每日
q. d. alt	每隔日
q. o. d.；qod	每隔日
q. h.；qh	每小时
q. i. d.；qid	每日 4 次
q. 4h.；q4h	每 4 小时
q. m.	每晨
q. n.	每晚
Q. R.	分量正确
q. s.	适量
R；Rp.	取药，处方，取
Rept.	重复前方
S.；Sig	标明用法
s. o. s.；sos	需要时(限用一次)
ss	一半
stat.	立即
suppose.	栓剂
tab.	片剂
t. i. d.；tid；tds	1 日 3 次
tinct.；tr.	酊剂
u.	用；应用
u. ext.	外用
ung	软膏剂；软膏

二　常用英文缩略语

A

ACD	酸性枸橼酸葡萄糖
ACP	酸性磷酸酶
ACTH	促肾上腺皮质激素
ADH	抗利尿激素
ADP	二磷酸腺苷
AFP	甲胎蛋白
A/G	白蛋白/球蛋白
AHF	抗血友病因子
AKP	碱性磷酸酶
ALL	急性淋巴细胞性白血病
ALS	抗淋巴细胞血清
AMI	急性心肌梗死
AML	急性粒细胞性白血病
AMP	一磷酸腺苷
AMA	抗线粒体抗体
ANA	抗核抗体
ATN	急性肾小管坏死
ATP	三磷酸腺苷

B

BCG	卡介苗
BMR	基础代谢率
BP	血压
BSA	①牛血清白蛋白；②体表面积
BSP	磺溴酞钠
BT	出血时间
BUN	血尿素氮
BV	血容量

C

cAMP	环磷酸腺苷

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

CAPD 不卧床的持续性腹膜透析
CBG 皮质激素结合球蛋白
CCU 心脏病监护病房
CEA 癌胚抗原
cGMP 环磷酸鸟苷
CIC 循环免疫复合物
CIEP 对流免疫电泳
CLL 慢性淋巴细胞性白血病
CML 慢性粒细胞性白血病
CMV 巨细胞病毒
CNS 中枢神经系统
CO 心输出量
CoA 辅酶 A
CO_2CP 二氧化碳结合力
CPBA 竞争性蛋白结合分析
CPC 临床病理讨论会
CPK 肌酸磷酸激酶
cpm 每分钟计数
CSF 脑脊髓液
CT ①电算机体层摄影;②凝血时间
CVP 中心静脉压

D

DIC 弥散性血管内凝血
DMSA 二巯基丁二酸
DNA 脱氧核糖核酸
DNase 脱氧核糖核酸酶
DOCA 醋酸脱氧皮质酮
dpm 每分钟衰变数
DSA 数字减影血管造影
DTPA 二乙三胺五乙酸

E

ECG 心电图
ECT 放射性计算机断层成像
EDTA 乙二胺四乙酸
EEG 脑电图
EHF 流行性出血热
EIA 酶免疫法
ELISA 酶联免疫吸附试验
EMCP 肌电图
ENT 耳鼻咽喉
ERCP 逆行性胰胆管造影
ESR 红细胞沉降率
FSH 卵泡刺激素
FSH-RH 卵泡刺激素释放激素
FT_4 游离甲状腺素
FT_4I 游离甲状腺素指数
5-FU 氟尿嘧啶

G

GABA γ-氨基丁酸
GH 生长激素
GOT(AST) 天冬氨酸转氨酶
GPT(ALT) 丙氨酸转氨酶
GTT 葡萄糖耐量试验

H

HAI;HI 血凝抑制试验
HAV 甲型肝炎病毒
Hb 血红蛋白
HBV 乙型肝炎病毒
HBcAg 乙型肝炎核心抗原
HBeAg 乙型肝炎 e 抗原
HBsAg 乙型肝炎表面抗原
HCG 人绒毛膜促性腺激素
HCV 丙型肝炎病毒
HDL 高密度脂蛋白
HDV 丁型肝炎病毒
HEV 戊型肝炎病毒
HIV 人类免疫缺陷病毒
HLA 人白细胞抗原
HP 高倍视野
5-HT 5-羟色胺

I

ICU 重症监护病房
Ig 免疫球蛋白
IFA 免疫荧光法
ITP 特发性血小板减少性紫癜
IVU 静脉尿路造影
IU 国际单位

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

J

JBE 日本乙型脑炎

L

LATS 长效甲状腺刺激素
LD_{50} 半数致死量
LDH 乳酸脱氢酶
LDL 低密度脂蛋白
LH 黄体生成素
LHRH 黄体生成素释放激素
LP 低倍视野

M

MAA 巨聚白蛋白
MCHG 平均红细胞血红蛋白浓度
MCV 平均红细胞体积
MDP 亚甲基二磷酸
6-MP 6-巯基嘌呤
MRI 磁共振成像

N

NHL 非霍奇金淋巴瘤
NPN 非蛋白氮

O

OT 旧结核菌素

P

$PaCO_2$ 动脉血二氧化碳分压
PaO_2 动脉血氧分压
PBI 蛋白质结合碘
PBS 磷酸盐缓冲液
PCR 聚合酶链反应
PAGE 聚丙烯酰胺凝胶电泳
PHA 植物血凝素;被动血凝试验
PG 前列腺素
PPD 结核菌素纯蛋白衍生物
PSP 酚磺酞(酚红)
PT 凝血酶原时间
PTC 经皮肝穿刺胆道造影
PTH 甲状旁腺激素

R

RBC 红细胞计数
RES 网状内皮系统
RF 类风湿因子
RIA 放射免疫分析
RNA 核糖核酸
RV 轮状病毒

S

SaO_2 氧饱和度
SBE 亚急性细菌性心内膜炎
SLE 系统性红斑狼疮
SPECT 单光子发射计算机断层显像

T

T_3 三碘甲状腺原氨酸
T_4 甲状腺素
TBG 甲状腺素结合球蛋白
TG 甘油三酯
Tg 甲状腺球蛋白
TRH 促甲状腺激素释放激素
TSH 促甲状腺激素
TTT 麝香草酚浊度试验

U

U 单位

V

VLDL 极低密度脂蛋白

W

WBC 白细胞计数
WHO 世界卫生组织

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

三 常用中文简称

简称	全　称	简称	全　称
甲亢	甲状腺功能亢进	肝穿	肝脏穿刺术
甲减	甲状腺功能减退	骨穿	骨髓穿刺术
冠心病	冠状动脉粥样硬化性心脏病	胸穿	胸腔穿刺术
原醛	原发性醛固酮增多症	腹穿	腹腔穿刺术
急淋	急性淋巴细胞性白血病	肾穿	肾脏穿刺术
急粒	急性粒细胞性白血病	腰穿	腰椎穿刺术
慢淋	慢性淋巴细胞性白血病	活检	活体组织检查
慢粒	慢性粒细胞性白血病	静滴	静脉滴注
肺心病	肺源性心脏病	静注	静脉注射
先心病	先天性心脏病	流腮	流行性腮腺炎
风心病	风湿性心脏病	腹透	腹膜透析
慢支	慢性支气管炎	室早	室性期前收缩(早搏)
支扩	支气管扩张	室扑	心室扑动
菌痢	细菌性痢疾	室速	室性心动过速
再障	再生障碍性贫血	室颤	心室颤动
恶组	恶性组织细胞病	房早	房性期前收缩(早搏)
精分	精神分裂症	房扑	心房扑动
房缺	房间隔缺损	房速	房性心动过速
室缺	室间隔缺损	房颤	心房颤动
绒癌	绒毛膜上皮细胞癌	肌注	肌内注射
脾亢	脾功能亢进	乙肝	乙型病毒性肝炎
淋转	淋巴细胞转化试验	丙肝	丙型病毒性肝炎
放免	放射免疫分析	丁肝	丁型病毒性肝炎
血沉	红细胞沉降率	戊肝	戊型病毒性肝炎
早幼粒	早幼粒细胞	上感	上呼吸道感染
中幼粒	中幼粒细胞	血透	血液透析
晚幼粒	晚幼粒细胞	纤溶	纤维蛋白溶解
网红	网织红细胞	钩体病	钩端螺旋体病
甲肝	甲型病毒性肝炎	慢迁肝	慢性迁延性肝炎
流感	流行性感冒	慢活肝	慢性活动性肝炎
流脑	流行性脑脊髓膜炎	慢阻肺	慢性阻塞性肺疾病
乙脑	流行性乙型脑炎	固放	固相放射免疫测定
传单	传染性单核细胞增多症	甲旁亢	甲状旁腺功能亢进
肾衰	肾功能衰竭	甲旁减	甲状旁腺功能减退
心衰	心力衰竭	白分	白细胞计数及分类

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

参 考 文 献

[1] 邱蔚六. 口腔颌面外科理论与实践. 北京：人民卫生出版社，1998.
[2] 邱蔚六. 口腔颌面外科学. 北京：人民卫生出版社，2005.
[3] 宋儒耀，柳春明. 唇裂与腭裂的修复. 北京：人民卫生出版社，2003.
[4] 刘宝林，顾晓明. 口腔颌面外科学. 沈阳：辽宁科学技术出版社，1999.
[5] 黄洪章. 现代口腔颌面外科学. 北京：科学技术文献出版社，2001.
[6] 石冰. 唇腭裂修复外科学. 成都：四川大学出版社，2004.
[7] 周树夏. 手术学全集：口腔颌面外科卷. 北京：人民军医出版社，1994.
[8] 徐慧芬. 关于 Millard DR JR 唇腭裂治疗的进展. 口腔颌面外科杂志，2002，12：157-158，162.
[9] 何光智，黄道中. 胎儿唇腭裂畸形产前超声诊断现状. 中国医学影像技术，2005，21：653-655.
[10] 石冰. 唇腭裂临床相关问题的思考与处置. 口腔颌面外科杂志，2005，15：125-127.
[11] 张英，周瑞庆，刘伟弘等. 唇腭裂患者心理状态及社会心理环境调查. 中国康复理论与实践，2005，11：216-217.
[12] 吴正一. 唇腭裂患者及家长心理问题的初步探讨. 中华口腔医学杂志，2004，39：435-436.

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

[General Information]
SS号=11906415

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

封面
书名
版权
前言
目录
第一章　口腔颌面外科常见症状的鉴别诊断
第一节　张口受限
第二节　溃疡
第三节　肿胀
第四节　疼痛
第五节　瘘管
第六节　麻木
第七节　肿块
第八节　颜面不对称
第九节　出血
第十节　麻痹
第二章　口腔颌面部感染性疾病
第一节　冠周炎
第二节　干槽症
第三节　面颈部淋巴结炎
第四节　面部疖、痈
第五节　颌面部特异性感染
一、放线菌病
二、口腔颌面部梅毒
三、口腔颌面部艾滋病
四、结核性淋巴结炎
五、结核性颌骨骨髓炎
第六节　口腔颌面部间隙感染
一、眶下间隙感染
二、颊间隙感染
三、咬肌间隙感染
四、翼颌间隙感染
五、舌下间隙感染
六、颌下间隙感染
七、颞下间隙感染
八、咽旁间隙感染
九、口底间隙感染
十、颏下间隙感染
第七节　颌骨骨髓炎
一、中央性颌骨骨髓炎
二、周围性颌骨骨髓炎
三、放射性颌骨骨髓炎
四、婴幼儿颌骨骨髓炎
第三章　口腔颌面部创伤
第一节　外伤的救治
一、口腔颌面部外伤的救治原则
二、口腔颌面部软组织外伤
第二节　颌面部硬组织外伤
一、牙外伤
二、牙槽突骨折
三、上颌骨骨折
四、颧骨、颧弓骨折
五、鼻骨骨折
六、眶底骨折
七、下颌骨骨折

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

八、髁突骨折
第三节　复杂性骨折
第四节　口腔颌面部火器伤
第五节　口腔颌面部异物
第四章　口腔颌面部囊肿和良性肿瘤
第一节　囊肿和囊肿样病变
一、软组织囊肿
二、骨组织囊肿
第二节　良性肿瘤及瘤样病变
一、软组织良性肿瘤及瘤样病变
二、骨组织良性肿瘤
第五章　口腔颌面部恶性肿瘤
第一节　口腔癌
一、唇癌
二、舌癌
三、腭癌
四、牙龈癌
五、颊黏膜癌
六、口底癌
七、口咽癌
八、上颌窦癌
九、中央性颌骨癌
第二节　颜面部皮肤癌
第三节　口腔颌面部肉瘤
一、软组织肉瘤
二、骨源性肉瘤
第四节　淋巴瘤
第五节　恶性黑色素瘤
第六节　朗格汉斯细胞病
第七节　口腔颌面部转移性肿瘤
第六章　涎腺疾病
第一节　涎石病
第二节　涎腺炎
一、流行性腮腺炎
二、急性化脓性腮腺炎
三、慢性复发性腮腺炎
四、慢性阻塞性腮腺炎
第三节　涎腺肿瘤和类肿瘤病变
一、涎腺良性肿瘤
二、涎腺恶性肿瘤
三、涎腺囊肿
第四节　干燥综合征
第七章　神经疾病
第一节　三叉神经痛
第二节　面神经麻痹
第八章　颞下颌关节疾病
第一节　颞下颌关节紊乱
第二节　颞下颌关节脱位
第三节　颞下颌关节强直
第九章　先天性唇腭裂
第一节　唇裂
第二节　腭裂
第三节　牙槽突裂
第四节　腭咽闭合不全
第十章　牙颌面畸形

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第一节　　颌骨发育过度畸形
第二节　　颌骨发育不足畸形
第三节　　不对称性牙颌面畸形
第四节　　长面综合征
附录
一　　处方用拉丁语缩写
二　　常用英文缩略语
三　　常用中文简称
参考文献

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注